FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

7

Année 1915 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Paul BRUEL

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Né à Louvres (Seine-et-Oise), le 18 octobre 1886.

LES RÉCIDIVES DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

ÉTUDE CRITIQUE PORTANT SUR 190 OBSERVATIONS

Président : M. Pierre DELBET, *professeur.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.

Professeurs ..... MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie minérale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	AUGUSTE BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET. QUENU. N. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	PAUL BAR. COUVELAIRE. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.
Hygiène clinique de la 1re enfance	MARFAN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE.	GUENIOT.	LÉRI	RICHAUD.
BERNARD	GUILLAIN.	LOEPER.	ROUSSY.
BRANCA.	JEANNIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	JOUSSET (ANDRÉ).	MOCQUOT.	SAUVAGE.
CAMUS.	LABBÉ (HENRI).	MULON.	SCHWARTZ (A.).
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NICLOUX.	SICARD.
CHAMPY.	LANGLOIS.	NOBÉCOURT.	TANON.
CHEVASSU.	LECÈNE.	OKINCZYC.	TERRIEN.
DESMAREST.	LEMIERRE.	OMBREDANNE.	TIFFENEAU.
GOUGEROT.	LENORMANT.	RATHERY.	VILLARET.
GRÉGOIRE.	LEQUEUX.	RETTERER.	ZIMMERN.
	LEREBOULLET.	RIBIERRE.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Le Docteur A. BRUEL

A MA MÈRE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL NECKER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Internat

1913-1914 (Lariboisière)

M. le Docteur Chaput et externat 1907-1908

MM. les Professeurs agrégés Grégoire et Desmarest

1912-1913 (Necker)

M. le Professeur Pierre Delbet

M. le Professeur agrégé Mocquot

M. le Docteur P. Hallopeau

1911-1912 (Cochin)

M. le Professeur agrégé E. Schwartz

M. le Docteur Chevrier

Internat provisoire

1910-1911 (Hôtel-Dieu)

M. le Professeur agrégé J.-A. Sicard

Externat

1909-1910 (Broca)

M. le Professeur agrégé Jeanselme

1908-1909 (Pitié)

M. le Docteur Gaston Lion

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Docteurs Galliard, Brault, Poirier (*in memoriam*), Cunéo, Chifoliau, Baudet, Pissavy, Ramond, Paul Bar, Devraigne.

M. le Docteur H. Triboulet.

AVANT-PROPOS

Cette thèse devait être soutenue en 1914. Elle était déjà fortement commencée lorsqu'au mois d'août la mobilisation est venue l'interrompre. Un congé de convalescence nous a permis de la reprendre après un an d'abandon et de la terminer, trop rapidement à notre gré.

Nous ne saurions trop remercier notre maître M. le Professeur Pierre Delbet de la très grande bienveillance dont il a fait preuve vis-à-vis de nous et du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Exprimons toute notre gratitude à M. le Dr Chifoliau : c'est lui qui a guidé nos premiers pas en chirurgie, c'est lui également qui nous a indiqué le sujet de cette étude et nous a communiqué deux observations inédites.

Remercions aussi M. le Professeur agrégé Schwartz qui nous a permis de consulter ses cahiers d'observations de l'hôpital Cochin, dans lesquels nous avons trouvé une observation typique de récidive.

Nous manquerions à tous nos devoirs si nous ne profitions pas de cette circonstance pour exprimer toute notre reconnaissance à notre maître M. le Dr Lion qui, au cours d'une maladie longue et douloureuse, a mis à notre disposition sa grande expérience clinique et nous a prodigué ses bons conseils.

Enfin, pendant cette année 1915, nous avons eu l'honneur de servir sous la direction de M. le Dr Vialle, médecin-major de 1re classe, ancien professeur agrégé au Val-de-Grâce ; avec lui nous avons appris la chirurgie de guerre et nous le remercions bien vivement de sa grande bonté à notre égard.

Exposé de la question

La grossesse extra-utérine par rapport aux grossesses normales n'est pas une affection des plus communes, et l'on pourrait croire, en vertu d'une sorte de calcul de probabilité, qu'une femme qui a eu une première grossesse ectopique est pour le reste de son existence à l'abri de cet accident.

Mais depuis longtemps et surtout depuis la discussion soulevée à ce sujet par Varnier en 1900, on connaît la possibilité de la récidive ; on sait aussi, d'après les travaux de ces dernières années, que cette récidive est même plus fréquente qu'on ne l'avait cru autrefois.

L'étude de ces anomalies successives est intéressante à deux points de vue :

En premier lieu, il est permis de supposer que la cause de la récidive est la même que celle de la première grossesse ectopique et l'on peut espérer, en analysant les observations, élucider la pathogénie encore obscure des grossesses extra-utérines.

La question soulève surtout un point important de thérapeutique.

Certains auteurs, particulièrement en Allemagne, prétextant qu'une femme qui a eu une première grossesse ectopique est fréquemment vouée à la récidive, pratiquent l'ablation bilatérale des annexes lors d'une première intervention pour grossesse tubaire.

Bien que la question ne soit pas neuve, il nous a semblé intéressant de faire quelques recherches d'ensemble dans les publications internationales. Nous avons été frappé du petit nombre d'observations publiées en France par rapport au nombre relativement considérable que l'on trouve à l'étranger, surtout en Allemagne et en Amérique. Il s'ensuit que la fréquence globale des cas de récidive se présente d'une façon très inégale. Cela tient à ce que les cas sont souvent isolés ; les malades étant opérées rarement par le même chirurgien, les observations sont par cela même très souvent incomplètes, présentent un intérêt moindre et sont laissées dans l'ombre.

Nous avons recueilli 190 observations parmi lesquelles 3 inédites et publiées depuis 1901, postérieurement aux travaux de Sens et de Haret qui portaient respectivement sur 89 et sur 35 observations.

Nous les avons classées chronologiquement en 5 groupes :

1er groupe, comprend les observations des femmes ayant fait leur récidive du côté opposé.

2e groupe, comprend les observations de malades ayant fait leur récidive du côté opposé, mais chez lesquelles la première grossesse ectopique a été une découverte opératoire.

3e groupe, malades ayant présenté une double récidive.

4e groupe, malades ayant récidivé du même côté que la première fois.

5e groupe, observations de grossesses ovariennes récidivées.

Après un exposé historique et du détail des travaux et publications, nous étudierons successivement :

1° Les renseignements que nous donnent les observations au point de vue étiologique et clinique.

2° Nous verrons ensuite quelles déductions pathogéniques il est permis d'en tirer ; quelle est la fréquence de la récidive, et enfin quelles sont les indications thérapeutiques qu'elle comporte.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Depuis fort longtemps, les cliniciens avaient signalé la possibilité de la récidive de la grossesse extra-utérine ; sans remonter jusqu'à Abulcassis, dont l'observation a été à juste titre éliminée par Varnier, on note comme première en date celle de Jacques Noier en 1591. Puis viennent les observations de R. Nicaud en 1644, de King en 1742, de Galliay en 1837, de Brown en 1850. Mais toutes ces observations sont en réalité obscures et ne présentent guère qu'un intérêt historique.

C'est à Puech en 1879 que l'on doit le premier mémoire sérieux sur la question. Bientôt après on trouve en 1883 la thèse de Schuhl, les travaux d'Olshauser, et en 1891 ceux de Meyer. Puis en 1892 paraît à Paris la première thèse sur ce sujet, celle de Roquet inspirée par Boileux. En 1893, Karl et Abel publient un travail très documenté ; ils signalent la possibilité de la grossesse normale entre les deux ectopiques, et concluent d'enlever la trompe du côté opposé si son état anatomique fait craindre la possibilité d'une deuxième grossesse ectopique.

Les années suivantes parurent de nombreuses observations isolées :

En 1893, Byford, Kelway, Patellani, Cœ ; en 1894, Bennington, Harington, Duff, Grandin ; en 1895, Van Ott ; en 1896,

Bastianelli, Duhrsen, Frankenthal, Ross, Schofield, Fornstromm, Lindeblom, Wordl.

En 1897, Czempin, Erdmann, Henricius et Kolster, Kochmann publient des cas analogues.

En 1898, on trouve la thèse de Payen de Lyon, les observations de Falk, de Giglio, de Koblank, Muret, Zangemeister.

En 1899, celles de Edgar, Godart, Thompson, Weill, Wormser et la monographie importante de de Strauch.

Toutes ces observations ont été publiées dans les thèses de Sens et Haret inspirées par Varnier et nous n'avons pas jugé utile de les reproduire.

En 1900-1901, la question est mise très fortement à l'étude : Varnier apporte à la Société d'obstétrique une observation et y joint l'analyse de 63 cas authentiques. Sous l'influence de cette communication, Pestalozza de Florence apporte une étude très détaillée portant sur 111 cas. En même temps paraissent à Paris 3 thèses, celles de Martin et celles de Sens et de Haret dont nous avons déjà parlé. Les observateurs français qui jusque-là avaient peu publié à ce sujet signalent des faits isolés. Citons Bouilly et Lecène, Pozzi, Routier.

En 1902, de nombreux cas paraissent à l'étranger : ceux de Philippowicz, Wells, Heinsius, la thèse de Kirchgessner, de Kynoch, et en France de J. Okinczyc.

En 1903, les publications de Baldy, Orthmann, Zuntz, Cohu, Murphy, Reiffarcheid, Sturmer, Dawson, Boettger et surtout l'important travail de Wassmer portant sur 132 cas.

En 1904, Lejars, au Congrès de l'Association française de chirurgie, apporte 3 observations personnelles et tente de

soulever une discussion générale sur le sujet, mais reste sans écho. A sa suite paraissent en Amérique les cas de Lawrence, de Harris, et en Allemagne ceux de Hofmeier et de Ullmann. L'année suivante, on trouve dans la littérature les cas de Michin, Stevens, Liell, Broccha, Doran, Kerr, Taylor, les thèses de Soutchinsky de Genève, et de Wagner de Wurzburg.

En 1906-1907 sont soutenues à Paris les thèses de Sauvé et de Filhouland portant respectivement sur 19 et sur 25 cas dont un certain nombre inédits et ne résumant qu'un petit nombre d'observations antérieures.

Les recherches bibliographiques internationales permettent de retrouver les observations de Nach, Delezenne, Goodall, Kynoch, Stone, Purslow, Allen, Rowce, Bristow, Stark, Kuppenheim, Dartigues, Moran, Phillips, Henrotay.

En 1908, nous avons à signaler la thèse de Prunet de Montpellier inspirée par le docteur de Rouville à la suite d'une observation de ce dernier et qui ne porte que sur 6 autres observations antérieures.

Plus tard, on relate un travail important d'Albertin et Desgouttes sur la question des grossesses tubaires en général et donnant des indications sur les récidives.

Chavannaz, de Bordeaux, soulève une discussion à la Société médicale de Bordeaux et nous retrouvons les cas publiés par Chueco de Buenos-Ayres, par Proust et Bender, Remy, Siefart, Mee-Murty.

En 1911, Smith en Amérique publie une très importante étude et on trouve un certain nombre de faits isolés parmi lesquels ceux de Chiavaletti, Oliver, Rabinowitz, Gerchun,

Kutz, Franck, et nous arrivons à la thèse de Bouchet de Lyon en 1912, qui résume 137 cas.

Vers la même époque, on trouve en Allemagne des publications nombreuses et spécialement la polémique très vive engagée entre Puppel, Max Hirch, Rosenstein et Vesenberg de Hanovre, discussion qui se poursuit jusqu'en 1913. Joignons-y la discussion générale soulevée par Lambert, Oui, Prouvost à la Société d'obstétrique, les observations de Benzel, de Chueco et Lombardo, Ford, Anderodias, Le Lorier, la thèse de Von Miltner, enfin les observations de Butler Smythe et de Dongal en 1914, ainsi qu'une nouvelle monographie de Smith, portant sur 192 opérations de grossesses tubaires avec considérations sur les récidives.

CHAPITRE II

Analyse étiologique des observations (1).

Dans ce chapitre nous étudierons les renseignements fournis par les observateurs et concernant successivement les antécédents héréditaires, l'âge, les antécédents puerpéraux et pathologiques des malades ; puis nous verrons les caractères de la première grossesse ectopique, les données opératoires de la première intervention quand elle a eu lieu, enfin l'intervalle entre les deux grossesses ectopiques. Soit l'ensemble des indications qui précédèrent la récidive et pouvant servir aux déductions pathogéniques et aux indications opératoires.

Malheureusement les observations sont très souvent incomplètes, surtout au point de vue étiologique, aussi les conclusions seront-elles nécessairement moins probantes.

Hérédité. — Profession.

Aucune observation ne donne de renseignements qui seraient cependant intéressants à connaître : les grossesses ectopiques devant d'après certains auteurs s'expliquer par des théories ataviques.

Lambert (68) signale le cas intéressant d'une malade ayant

(1) Les numéros qui suivent les noms d'auteurs renvoient à l'index bibliographique.

présenté une grossesse ectopique récidivée et dont la sœur fut opérée pour la même cause. Mais c'est là un fait isolé dont on ne peut rien conclure.

De même rien n'est signalé sur l'influence des professions. Toutefois Henault (*Journal de Bruxelles*, 1912) voudrait faire entrer en ligne de compte le travail féminin et certaines causes sociales. Pour Prunet (110), si étrangères que puissent paraître de pareilles causes, il serait intéressant de savoir si certaines catégories de femmes ne sont pas plus frappées que d'autres et de ces renseignements on pourrait conclure à des données pratiques.

Nous nous rangeons à cet avis et il serait souhaitable que les observateurs tiennent un compte exact des antécédents héréditaires et personnels autant que pour d'autres faits pathologiques.

Age de la femme.

La grossesse tubaire simple s'observe surtout chez la femme d'un âge moyen ainsi que le montrent les récentes statistiques suivantes :

Auteurs	Nombre de cas	20 à 25 ans	25 à 30 ans	30 à 35 ans	35 à 40 ans	+ 40 ans
Jacobs	82	8	19	37	16	2
Neugebauer	37	5	3	7	9	2
Albertin et Desgouttes.	80	12	20	27	14	2

De même, en ce qui concerne les femmes ayant présenté une grossesse extra-utérine récidivée, la première atteinte est survenue presque toujours entre 28 et 35 ans, soit en moyenne à 32 ans.

Tout à fait exceptionnellement au-dessous de 26 ans. Quelquefois au-dessus de 35 ans.

Voici les statistiques recueillies par les auteurs sur les cas de grossesses récidivées :

Auteurs		18 à 20 ans	20 à 25 ans	25 à 30 ans	30 à 35 ans	35 à 40 ans
Sauvé.	18 cas	0	8	6	1	»
Filhoulaud. . . .	19 —	0	8	6	1	»
Bouchet. . . .	92 —	1	31	27	4	1

Dans les observations que nous avons recueillies sur 190 cas, l'âge est indiqué 148 fois.

Nous trouvons :

9 fois de 20 à 25 ans.

62 fois de 25 à 30 ans.

59 fois de 30 à 35 ans.

12 fois de 35 à 40 ans.

6 fois plus de 40 ans.

La moyenne est donc d'environ 30 à 32 ans et nous sommes entièrement d'accord avec les auteurs qui nous ont précédé, et il semble bien établi que chez les femmes ayant eu une récidive de grossesse ectopique, le premier accident se produit à un âge assez avancé.

Parité.

La plupart des malades sont des multipares.

Sens (**150**) sur 51 cas recueille 40 observations de multipares, 11 de nullipares.

Wassmer (**151**) en 1903 a publié un travail très documenté sur la question.

Sur 82 cas dans lesquels le diagnostic de grossesse ectopique répétée est absolument certain, on trouve 54 cas de multipares et 13 nullipares.

Dans 15 cas il n'y avait pas de renseignement concernant la parité.

Les 54 cas où il y avait eu grossesse antérieure se décomposent de la façon suivante :

24 primipares.
8 secondipares.
7 tertipares.
4, 5 accouchements
2, 6 accouchements.
1, 7 accouchements.
1, 9 accouchements.
1, plus de 9 accouchements.

Smith, sur 112 cas, note 87 grossesses utérines antérieures, 25 fois les deux grossesses ectopiques ont été les seules grossesses.

Dans nos observations, sur 190 cas, 112 fois nous avons trouvé des indications sur les grossesses utérines antérieures.

Ces 112 cas se décomposent de la façon suivante :

Nullipares	29 cas
Primipares	36 »
Secondipares	18 »
Tertipares	12 »
4 accouchements	7 »
5 accouchements	5 »
Accouchements multiples	6 »

a) Les nullipares. — Les femmes chez lesquelles la grossesse extra-utérine s'est développée avant toute grossesse normale antérieure, ont presque toutes un âge avancé dans la vie génitale.

Beaucoup sont mariées depuis plusieurs années, rarement depuis peu.

Sur 29 cas de nullipares, nous avons retrouvé 20 cas dans lesquels les auteurs indiquaient depuis combien de temps la femme était mariée.

Nous trouvons :

Mariée depuis moins d'un an	1 cas
Mariée depuis un an	2 »
— 2 ans	2 »
— 3 ans	3 »
— 4 ans	1 »
— 5 ans	2 »
— 6 à 8 ans	3 »
— 5 à 10 ans.	2 »
— plus de 10 ans	3 »

Ainsi donc, voici des femmes, la plupart ayant dépassé la trentaine, mariées depuis plusieurs années, chez lesquelles la première conception s'est développée anormalement. Ceci étant en faveur de l'hypothèse d'une altération acquise de l'appareil génital.

b) Les multipares représentent comme nous l'avons vu la plus grande partie des malades, ce qui plus encore semble indiquer une disposition acquise. Car il vient à l'idée que si vraiment il y avait une disposition congénitale, l'organe aurait dû fonctionner anormalement une première fois.

Or la plupart ont eu non pas un, mais plusieurs accouchements antérieurs, et il semble bien qu'un facteur nouveau ait dû intervenir.

Temps écoulé depuis le dernier accouchement. — Il y a généralement une stérilité temporaire assez longue après le dernier accouchement.

Sur 32 cas Filhoulaud arrive aux données suivantes :

4 mois	1	3 ans	1
7 mois	1	4 ans	4
1 an	3	5 ans	3
1 an 1/2	3	7 ans	4
2 ans	8	8 ans	1
		plus de 10 ans . .	3

Wassmer a étudié de façon très serrée ce renseignement :

Parité	Nombre de cas	Quelques semaines	Quelques mois	Un an	2 ans	3 ans	4 ans	plus de 4 ans
Primipares .	24	0	1	1	3	3	2	2
Secondipares	8	0	1	1	2		1	2
3pares. . .	7	1		2		1	1	2
4pares. . .	5	0		2	2			
5pares. . .	4	1			2		1	

Dans les observations que nous avons colligées, l'intervalle entre la dernière grossesse utérine et la première grossesse ectopique a été noté 18 fois, se décomposant de la façon suivante :

Intervalle de un an	1 cas
— 2 ans	1 »
— 4 ans	4 »
— 5 ans	6 »
— 7 ans	4 »
— plus de 7 ans.	2 »

La conclusion évidente est qu'il s'écoule presque toujours un temps fort long entre la dernière conception normale et la première conception ectopique.

Une fois de plus cette constatation est en faveur d'une disposition acquise. Filhoulaud l'explique de la façon sui-

vante : Il semble qu'à l'occasion de la dernière grossesse, il se soit produit une infection utéro-annexielle suffisamment légère pour passer inaperçue, mais qui a altéré cependant la trompe ou l'ovaire pour amener une stérilité temporaire d'abord, une fixation anormale de l'œuf ensuite.

Antécédents pathologiques.

a) Troubles menstruels. — Assez fréquemment les observateurs signalent des époques irrégulières, soit que les règles soient plus fréquentes, plus abondantes, ou au contraire avec des retards et s'accompagnant de douleurs.

Assez souvent il s'agit de malades réglées assez tard ; dans 9 cas, nous trouvons des premières règles se montrant après 17 ans, dans un cas à 21 ans.

Il y a là une anomalie d'ordre génital qui peut être invoquée comme prédisposition individuelle.

b) Avortements et accidents puerpéraux. — Ils semblent s'observer souvent dans les grossesses extra-utérines ordinaires.

Baculescu (5), qui a publié en 1912 la statistique de M. le Professeur Delbet et portant sur 56 cas, relève 28 cas d'avortements antérieurs.

En ce qui concerne les grossesses extra-utérines récidivées, les auteurs n'ont pas attiré l'attention d'une façon spéciale sur leur fréquence.

Wassmer dans son travail, a trouvé sur 24 cas de récidives survenues chez des primipares 5 fois l'avortement antérieur. Mais il ajoute que dans toutes ces observations il y a eu un long intervalle entre l'avortement et la première

grossesse extra-utérine et d'après lui trop long pour qu'il puisse être considéré comme la cause de cette anomalie de gestation.

Dans notre statistique, nous avons trouvé l'avortement 12 fois chez des femmes ayant eu des enfants, 6 fois chez des femmes n'ayant eu aucun enfant à terme.

C'est relativement peu ; il est vrai que les observations manquent souvent de détails et une étude plus minutieuse aurait permis d'en retrouver un plus grand nombre.

Dans le même ordre d'idées, nous trouvons quelques observations d'infections puerpérales graves suivies ou non de curettage et secondaires soit à un avortement, soit à un accouchement à terme, mais en trop petit nombre pour paraître avoir une influence pathogénique appréciable. Il semble plutôt que si l'infection utéro-annexielle d'origine puerpérale joue un rôle dans l'étiologie des grossesses extra-utérines récidivées, c'est surtout l'infection légère, atténuée, qui passe inaperçue, que l'on doit incriminer, ainsi que nous l'avons fait observer à propos des accouchements à terme.

c) Gonococcie. Métro-salpingite. — La blennorragie de la femme dans ses diverses manifestations, vaginite, métrite, salpingo-ovarite, est signalée dans l'étiologie des grossesses extra-utérines simples comme étant des plus fréquemment rencontrées. D'après Jacobs on rencontrerait la gonorrhée dans les deux tiers des cas.

D'après la statistique publiée par Baculescu, sur 58 cas on compterait :

4 cas de métrite antérieure.

5 cas de salpingite.

8 cas de pertes blanches.

1 cas d'amputation du col pour métrite,

soit dans 9,5 o/o des cas.

C'est également l'avis de la majorité des auteurs qui se sont occupés de la question des récidives. Pour Prunet, Filhoulaud, Bouchet, la blennorragie amenant secondairement la métrite et la salpingite catarrhale se rencontreraient fréquemment dans l'histoire clinique des malades avant la première grossesse ectopique et c'est elle qui serait incriminée comme cause favorisante du point d'implantation anormal de l'œuf. La bilatéralité habituelle de telles lésions étant une raison de plus pour expliquer plus facilement les récidives.

En réalité, dans les observations qne nous avons réunies, la gonococcie génitale ne nous a pas paru être signalée d'une façon très fréquente. Il est vrai que de même que pour les infections puerpérales, on manque souvent de renseignements précis à ce sujet.

Dans deux observations personnelles nous trouvons des antécédents gonococciques :

Dans un cas (obs. 1), il y a eu une métrite pendant une grossesse utérine antérieure, mais qui ne semble pas avoir eu de conséquences bien sérieuses, puisque les suites de couches ont été normales et que les pertes blanches ont cessé assez rapidement.

Dans un autre cas (obs. 3), il y a eu une métrite se traduisant par des pertes verdâtres et qui a précédé de deux mois seulement la première grossesse ectopique.

Dans 8 autres observations, nous avons trouvé signalée la vaginite s'accompagnant ou non de métrite, 5 fois seulement la salpingite. Ce qui peut sembler moins étonnant, car on sait qu'elle est généralement incompatible avec la greffe

de l'œuf. Pour qu'elle puisse permettre la fécondation, il la faut donc très légère et par conséquent peu ou pas accessible à un toucher explorateur.

d) Autres affections génitales. — Dans un cas (Liell, 1905, obs. 62), on signale la ventrofixation pour rétroversion et pour l'auteur cette opération aurait favorisé le développement des deux grossesses ectopiques successives. Fait qui serait à rapprocher d'un cas analogue signalé par Guyot à la Société d'obstétrique de Bordeaux, mais concernant une femme n'ayant eu qu'une seule grossesse tubaire.

e) Maladies générales. — Ne semblent pas avoir une importance quelconque dans l'étiologie. Dans un seul cas (Bouilly et Lecène, obs. 4), on signale la syphilis aux antécédents.

f) Cas dans lesquels il n'y a aucun antécédent. — Enfin nous avons relaté 13 cas dans lesquels les auteurs, malgré un examen sérieux, n'ont relevé aucun antécédent génital, ni grossesse, ni infection. Remarquons seulement que ces observations concernent des femmes d'un âge assez avancé, ayant dépassé la trentaine ou mariées depuis longtemps.

La première grossesse ectopique.

Son étude clinique ne présente aucun intérêt au point de vue de la cause qu'elle pourrait être à la récidive. Le côté atteint la première fois ne présente pas non plus de particularité et les cas se partagent à peu près également à gauche et à droite.

Beaucoup plus intéressantes sont les données opératoires pour les cas dans lesquels il y a eu intervention abdominale lors du premier accident.

D'une façon générale, il semble que les chirurgiens n'aient pas pensé d'une façon régulière à examiner les organes annexiels du côté opposé ; assez rarement cet examen est noté.

Mais ce qui frappe lorsqu'il est indiqué, c'est qu'il a été fait le plus souvent la remarque que ces annexes étaient saines.

D'après Wassmer, sur 59 cas, 8 fois on a constaté que les annexes étaient absolument normales, 12 fois il y avait des adhérences soit avec le péritoine pelvien, soit avec l'intestin, une fois on a constaté la présence d'un pavillon accessoire.

D'après Filhoulaud, sur 20 cas, 14 fois les annexes étaient très saines macroscopiquement. Dans 6 cas il y avait des adhérences.

Dans un cas elles étaient tordues sur elles-mêmes. La proportion des saines est de 70 o/o.

En ce qui concerne les observations que nous avons réunies, sur 190 cas que comprend notre statistique, l'opération abdominale a été faite 145 fois.

Dans 139 cas, on a pratiqué l'ablation des annexes malades ; dans 6 cas on s'est contenté d'ouvrir le ventre, d'enlever les caillots, dans un cas on a marsupialisé la poche.

Mais nous avons trouvé relaté l'état des annexes du côté opposé seulement 30 fois.

Dans 22 cas, les annexes étaient absolument saines, sans aucune altération macroscopique ; dans 5 cas, il y avait des adhérences avec le péritoine et les organes voisins.

Dans un cas, il y avait en même temps rétroflexion de l'utérus. Enfin dans 2 cas, celui de Vesenberg de Hanovre (obs. 134) et un cas de M. Chifoliau (obs. 2), la trompe était obstruée au niveau de son orifice abdominal et l'on a pratiqué une

salpingostomie dans le but de rendre cette lumière perméable et une fécondation possible. Celle-ci s'est bien réalisée, mais le produit de la conception s'est anormalement fixé et nous aurons à revenir sur ce sujet quand nous parlerons des indications opératoires.

Enfin dans aucun cas nous n'avons trouvé d'auteur ayant relaté la présence de malformations utéro-annexielles, brides, coudures, modifications de calibre et de forme, tumeurs du petit bassin, fibromes sous-péritonéaux, polypes ou myomes intra-tubaires, pavillons accessoires, bifidité de la trompe et toutes anomalies dues à un vice de développement du canal de Muller.

En résumé, il ressort des analyses que très rarement on a pu constater la présence de lésions visibles du côté opposé et qu'en aucun cas, on n'a pu prévoir la récidive.

L'examen microscopique de la pièce enlevée au cours de la première intervention aurait été intéressant à connaître. Mais nous n'avons pas trouvé d'indications le concernant.

Intervalle entre les deux grossesses ectopiques.

Le temps écoulé entre les deux accidents est assez variable.

D'après Smith, sur 145 cas de récidive, en faisant une moyenne, on arrive à un intervalle d'environ 30 mois. Dans 15 cas la récidive se fit en moins de 6 mois, dans 15 cas plus de 5 ans. Il existe un cas de Baldy avec 12 ans d'intervalle.

Voici les renseignements fournis d'après les divers auteurs :

Auteurs	Nombre de cas	moins de 6 mois	6 mois à 1 an	12 mois à 18 mois	18 mois à 2 ans	2 à 3 ans	plus de 3 ans
Haret. . . .	20	1	3	7	2	2	5
Sens. . . .	56	1	18	7	10	8	11
Sauvé . . .	19	2	4	3		3	5

Wassmer :							
Nullipares . .	13		4	1	2	1	
Multipares . .	59	5	10	11	15	11	1

Personnellement, nous arrivons aux chiffres suivants :

Moins de 2 mois	0 cas
De 3 à 6 —	14 —
De 6 à 12 —	26 —
De 12 à 18 —	32 —
De 18 à 24 —	21 —
De 2 à 3 ans	34 —
De 3 à 5 —	18 —
De 5 à 8 —	18 —
De 8 à 10 —	6 —
Plus de 10 ans	2 —

Ces chiffres sont assez instables ; la conclusion à tirer est de peu d'importance ; signalons le cas récent de Dougal (obs. 151) où la femme opérée la première fois en juillet fut réopérée en décembre.

Certains auteurs se sont demandé si, dans les cas où la première grossesse a été traitée par l'expectative ou par une opération incomplète, la récidive ne s'est pas produite plus rapidement, voulant indiquer par là que la première grossesse ectopique non opérée radicalement et amenant la formation d'exsudats inflammatoires et d'adhérences pouvait avoir provoqué la récidive.

Dans nos observations du premier groupe, nous relevons 5 cas où les malades ont été traitées par des opérations abdominales conservatrices.

L'intervalle a été : une fois un an ;
3 fois 2 ans ;
1 fois 3 ans.

7 ont été traitées par colpotomie.

L'écart a été le suivant :

1 fois	4 mois (Cas 43)
1 —	1 an
2 —	2 ans
3 —	plus de 3 ans

Enfin dans notre deuxième groupe, malades ayant été traitées la première fois par l'expectative, les 20 cas se décomposent de la façon suivante :

Moins de 6 mois	4
1 à 2 ans	8
2 à 8 ans	3
3 ans	1
Plus de 3 ans	4

Il ne semble donc pas que la récidive se soit produite plus vite qu'en cas d'opération abdominale suivie de salpingectomie et d'un nettoyage complet des caillots et des exsudats, et qu'en elle-même la première grossesse ectopique ait eu une influence sur la reproduction.

Suites de la première grossesse ectopique.

D'une façon générale, après la première grossesse ectopique, la malade guérit très vite et rien d'anormal ne survient jusqu'à la deuxième alerte.

Cependant certains auteurs signalent les affections salpingiennes ou de métrite gonococcique se plaçant entre les deux grossesses ectopiques.

Plus importantes sont les grossesses utérines survenant dans cet intervalle.

Varnier a observé la grossesse utérine intercalée 6 fois sur 65 cas de récidives et dans 3 cas elle est allée à terme.

Smith sur 132 cas en relate 9 observations avec 7 grossesses normales et 2 avortements.

Rosenstein, 1 cas sur 6 récidives.

Wassmer, 3 sur 69 cas.

Bouchet en résume 10 observations sur 137 cas, mais constate que le plus souvent elle n'arrive pas à terme.

Nous en rapportons 8 observations, celles de Reiffercheid (obs. 25), Kochmann (cité par Wassmer), Zuntz (obs. 30 et 32), Moran (obs. 76), Von Lingen (obs. 146), Remy (obs. 160) et Pearson (obs. 186).

Certaines sont arrivées à terme, d'autres ont été interrompues précocement ; mais dans tous ces cas, il y a eu presque toujours un intervalle très long entre les deux grossesses ectopiques, 8 ans dans le cas de Moran et un cas de Zuntz, 9 ans dans celui de Von Lingen. Enfin dans un cas de Zuntz et le cas de Remy, la femme antérieurement à sa première grossesse ectopique avait déjà eu une ou plusieurs grossesses à terme.

Pour être rare, la possibilité d'une grossesse utérine intercalée n'en est pas moins importante à noter ; elle indique que la cause qui favorise la fixation ectopique de l'œuf n'agit pas d'une façon constante, et qu'elle permet avec le temps le retour au fonctionnement normal.

CHAPITRE III

Etude clinique de la récidive.

Nous avons vu jusqu'ici l'histoire des femmes ayant présenté une récidive de grossesse ectopique jusqu'à leur deuxième accident.

Nous avons maintenant à exposer la physionomie clinique de la récidive :

Elle ne semble pas présenter de cachet spécial ; l'ensemble des observations montre que la deuxième grossesse extra-utérine a une tendance manifeste à une évolution presque semblable à la première. Cela tient à ce que la récidive se fait généralement dans la même portion de la trompe et l'évolution se fait par suite dans un sens identique.

Les récidives des grossesses ectopiques se présentent donc suivant un des types cliniques habituels.

Ou bien la gestation est interrompue précocement par apoplexie ovulaire, il se produit une hémorragie par décollement placentaire amenant la mort de l'œuf et la formation d'un épanchement de sang dans l'intérieur de la trompe, c'est l'hématosalpinx, véritable avortement avec rétention.

Ou bien l'œuf est expulsé à travers les orifices de la trompe, avortement tubo-utérin exceptionnel, mais beaucoup plus fréquemment tubo-abdominal, qui s'accompagne d'une hémorragie intrapéritonéale amenant classiquement la formation d'une hématocèle enkystée, soit une hémorra-

gie beaucoup plus abondante, véritable inondation péritonéale, ainsi que l'ont montré les récents travaux de Wilette (**164**) et de L. Basy.

Enfin, il existe une troisième forme évolutive habituelle de la grossesse tubaire, réservée à celles qui se sont prolongées pendant 2 ou 3 mois : c'est la rupture tubaire, soit brusque, donnant alors le tableau classique de l'inondation péritonéale, soit moins brutale, c'est la fissure tubaire sur laquelle a insisté le Prof. Delbet et qui se caractérise par des accidents plus lents et insidieux.

Nous n'avons pas à rappeler ici les signes de ces différentes formes cliniques ; nous croyons cependant qu'il y a lieu d'insister sur les signes de l'avortement tubaire, car cela nous paraît avoir une importance sur la fréquence des observations de récidives.

Si cet accident survient tout au début de la grossesse extra-utérine, il se produit d'une façon silencieuse, peu de signes le manifestent et il peut passer complètement inaperçu.

Au lieu de s'accompagner de douleurs assez vives, de syncope, de vomissements, de sensibilité au niveau d'une corne utérine, il peut ne se traduire que par un simple retard de règles, une hémorragie utérine plus ou moins abondante, la perte d'une caduque ; tout cela est mis sur le compte d'une fausse couche banale, on fait un curettage ou bien quelques jours de repos suffisent pour que tout rentre dans l'ordre.

Que devient cette grossesse ?

Nous avons indiqué que la trompe peut saigner par l'utérus dans le ventre et constituer alors une hématocèle qui, si l'interruption de la grossesse s'est produite à quelques semaines, sera d'un volume très réduit, s'enkystera, et secon-

dairement, à l'occasion d'une laparotomie pour une nouvelle grossesse tubaire, on pourra en retrouver les traces.

A côté de ces formes avec hématocèle, on peut observer, comme nous l'avons indiqué, la rétention de l'œuf dans la trompe.

Si la grossesse est un peu avancée, le fœtus s'organise, se calcifie et se transforme en lithopœdion qui peut devenir ultérieurement une découverte opératoire, ainsi que le montrent certaines observations.

Mais si la grossesse ectopique est plus jeune, qu'il y ait un embryon très petit, qu'en reste-t-il ? Il se forme un petit kyste hématique dans la trompe qui peu à peu se résorbe et dont il ne reste plus que des adhérences, soit une simple induration de la trompe, soit un hydrosalpinx dont un certain nombre pourraient être ainsi les vestiges d'une grossesse tubaire méconnue.

Ainsi donc de nombreuses grossesses ectopiques peuvent ainsi passer inaperçues, surtout chez les multipares, elles peuvent se terminer d'une façon silencieuse, se traduisant extérieurement par l'expulsion d'une caduque vide, et si on vient à intervenir plus tard, on peut en trouver les vestiges, soit seulement une simple cicatrice tubaire témoignant de leur existence antérieure.

Nous avons recueilli 21 observations de femmes non opérées lors de leur première grossesse tubaire et chez lesquelles on en a retrouvé les traces au cours de la laparotomie pour récidive.

Ces vestiges consistaient dans un lithopœdion dans 8 cas.

Un débris de sac fœtal dans 5 cas.

Un hydrosalpinx dans 2 cas.

Un rétrécissement cicatriciel dans le cas d'Anderodias (obs. 173) ; dans le cas de Doran (obs. 156), la trompe est anormalement allongée et l'orifice imperméable : dans ceux de Buc (obs. 172) et de Vanvertz (obs. 171), il y avait simplement de nombreuses adhérences tubaires.

Enfin, dans certains cas, on ne retrouve pas de vestiges. L'histoire de la malade de Remy (obs. 160) en est un exemple. L'avortement tubaire s'est produit, semble-t-il, d'une façon indiscutable : retard de règles, douleurs, métrorragie, pertes de caduque, indiquent un diagnostic à peu près sûr et cependant on n'a retrouvé aucune trace lors de la laparotomie pour récidive.

Si, comme le pense Lejars (75), l'avortement tubaire est beaucoup plus fréquent que la rupture, on conçoit donc que le nombre de grossesses extra-utérines passant inaperçues peut être fort important et partant celui des récidives. Nous en reparlerons lorsque nous étudierons la fréquence.

Grossesses extra-utérines répétées.

Cette question des grossesses extra-utérines méconnues soulève une autre question, celle de la possibilité d'une troisième grossesse extra-utérine chez la même femme.

Déjà en 1900, Varnier s'est demandé si, après une double grossesse ectopique, une femme peut être considérée comme à l'abri d'une nouvelle récidive. Mais d'après Sens, on n'aurait pas constaté jusqu'alors de cas de ce genre. Orthmann (98) en avait signalé un cas de Kutzner, mais l'auteur lui-même déclara que c'était là une erreur d'interprétation.

Kuppenheim (61), en 1907, en indique la possibilité sans en donner d'observations démonstratives. Smith dans son

travail signale que les observations témoignant de trois grossesses ectopiques sont en petit nombre. Reste à savoir si ces observations sont absolument concluantes, car à défaut de preuves opératoires, il est difficile d'affirmer le fait d'après la seule histoire clinique.

Dans la thèse de Filhoulaud (**37**), nous relevons 2 observations qui semblent bien rentrer dans ce cadre.

Dans l'une (obs. 174), la malade a présenté un mois de retard dans ses règles ; on a constaté la présence d'une tumeur salpingienne à droite, du volume d'une orange, et après un séjour prolongé au lit la tumeur disparut.

Un an après nouvelle suspension de règles, signes d'inondation péritonéale et rupture de la trompe droite. Récidive à gauche en 1907. On n'a pas trouvé lors de la première intervention les vestiges d'une grossesse ectopique antérieure qui semble cependant bien établie.

Dans la deuxième observation (obs. 175) communiquée par Delagenière, il s'agit d'une femme qui, en 1893, après un arrêt de règles, présente les signes classiques de l'inondation péritonéale, diagnostic confirmé par Bouilly appelé en consultation. Pas d'opération.

Neuf ans après, de nouveau signes d'inondation péritonéale, rupture tubaire opérée, castration droite. Enfin deux ans après en 1904, récidive à gauche opérée également.

Voici donc un cas encore plus probant que le précédent.

Enfin citons le cas de Hirch (obs. 176) ; c'est l'histoire d'une malade ayant présenté en 1906 des douleurs abdominales accompagnées de métrorragies et de retard de règles et non opérée, qui quatre ans après fut opérée pour rupture de grossesse tubaire droite et qui récidive deux ans après du côté gauche.

Ces 3 cas semblent indiscutables, bien que l'on n'ait pas trouvé à l'opération de traces d'un accident antérieur. Signalons en passant l'intervalle très long entre les deux premières grossesses, 9 ans dans le cas de Delagenière, 4 ans dans celui de Hirch.

Rien en tout cas ne semble s'opposer à ce que cette éventualité puisse se réaliser après ce que nous avons dit des grossesses tubaires latentes et méconnues et il est possible qu'une observation plus minutieuse permette d'en retrouver des cas plus nombreux.

Grossesses ectopiques successives et simultanées.

La question des grossesses extra-utérines doubles, découvertes opératoires, nous amène à parler d'une autre variété à la vérité plus rare de grossesses extra-utérines et qui ne rentrent pas au premier abord dans le cadre de cette étude.

Nous voulons parler des grossesses extra-utérines simultanées, soit qu'il s'agisse de grossesses bilatérales, soit que l'on trouve deux œufs dans la même trompe comme dans l'observation de Sainter (1903).

Or l'étude de ces grossesses montre que dans la plupart des cas on se trouve en présence de fœtus d'âge différent. Très souvent les conceptions ne sont pas contemporaines, et il est difficile de distinguer les vraies grossesses ectopiques gémellaires des cas où le produit de la gestation a été retenu dans une trompe.

Jayle et Nandrot (57), qui ont réuni 41 cas analogues en 1905, arrivent aux conclusions suivantes : presque toujours, il y a une première grossesse dans une trompe, le produit de conception meurt et s'arrête dans son développement, puis

il se produit une nouvelle grossesse du côté opposé ; il y a bilatéralité, mais non simultanéité.

Dans deux cas seulement, les deux fœtus ont été conçus à une époque très rapprochée, mais jamais nulle.

Sauvé en 1906, Filhoulaud en 1907 relatent un certain nombre de cas analogues dont la plupart ne sont pas concluants. Pourtant le cas de Burford signalé par les deux auteurs paraît bien être un cas de grossesse ectopique simultanée. Les dimensions des deux fœtus, 38 et 41 centimètres, semblent bien indiquer qu'ils ont été conçus au même moment.

Dans ces dernières années, des observations plus nombreuses sont venues établir la possibilité de la grossesse ectopique gémellaire.

Launay et Seguinot en 1912 publient une observation intéressante. A gauche, il y avait une poche contenant un fœtus de 10 centimètres de long. A droite une poche contenant deux fœtus.

Macdonald et Krieger (85) ont retrouvé 39 cas de grossesses gémellaires, mais concluent qu'il est difficile de distinguer les grossesses simultanées des récidives vraies.

Plus récemment Unterberger (1) rapporte 17 cas de grossesse gémellaire certaine, mais il est nécessaire d'après lui de pratiquer un examen microscopique pour pouvoir affirmer que les deux grossesses sont contemporaines.

Il semble donc bien que la grossesse extra-utérine simultanée existe d'une façon incontestable, mais rare, et qu'on peut les grouper dans les trois types suivants :

a) Bilatéralité non simultanée : c'est le cas du fœtus mort ;

(1) *Monats. für Geb. u. Gyn.*, septembre 1913.

b) L'évolution est simultanée, mais les deux fœtus ne sont pas du même âge ;

c) Simultanées proprement dites, très rares.

Quoi qu'il en soit entre les cas où l'on trouve un fœtus momifié ou à l'état de squelette au cours d'une intervention pour grossesse tubaire récente et les cas où l'on se trouve en présence de deux fœtus de taille égale, on trouve tous les intermédiaires.

Il semble bien que ces deux anomalies soient d'origine commune et rentrent dans le même cadre pathogénique.

Grossesses récidivées du même côté.

La récidive des grossesses extra-utérines du même côté pour être rare est cependant possible et Varnier dans son rapport sur la question en 1900, rapportant l'observation de Cœ, conclut : « La récidive du même côté est possible non seulement dans les cas où la trompe s'est débarrassée de l'œuf ectopique par un avortement tubaire, mais aussi après rupture, même après obstruction de la lumière de la trompe. » Une déchirure, une cicatrice, l'orifice fistuleux d'un moignon suffisent pour que l'œuf ectopique vienne s'y fixer.

Bouchet sur 137 cas signale 5 cas du même côté : les observations de Cœ déjà mentionnées, les observations de Varnier et Mangin, Henricius, et Kolster, Taylor et Goodall que nous reproduisons.

Nous y ajouterons les observations de Michin (obs. 182), d'Hofmeier (obs. 182), de Pearson (obs. 186), de Benzel (obs. 187) et celles de Wagner (obs. 180) et Stahl (obs. 181).

Dans l'observation de Michin, on s'était contenté à la

première opération d'enlever les caillots et de laisser la trompe en place.

Le cas d'Hofmeier fut opéré vaginalement et on se borna à faire la résection de l'extrémité ampullaire de la trompe.

Plus curieux est le cas de Benzel, où la récidive se fit sur le moignon de la trompe réséquée deux ans auparavant (1).

Fait à rapprocher d'un cas signalé par Vineberg (**152**) d'une grossesse ectopique développée sur le moignon d'une trompe enlevée pour une salpingite inflammatoire.

Autres formes selon le siège et selon l'évolution.

Les récidives des grossesses ectopiques sont presque toutes des grossesses tubaires. Nous n'avons pas retrouvé d'observations de grossesses abdominales, mais certains auteurs signalèrent la possibilité de grossesses ovariennes. Smith en rapporte quelques cas. Nous en publions 3 observations empruntées à la monographie de Wassmer et qui n'offrent aucun caractère spécial.

En ce qui concerne les grossesses tubaires, nous avons vu que la deuxième grossesse évoluait généralement, bien qu'il y ait de nombreuses exceptions, selon le type réalisé par la première grossesse ectopique. Cela tient à ce que l'œuf se fixe ordinairement dans la même portion de la trompe et l'on sait que selon le siège exact, l'évolution se fera selon un type spécial, les grossesses isthmiques évoluant de préférence vers la rupture, les grossesses ampullaires vers l'avortement

(1) Martin dans sa thèse (**87**) en a rapporté un cas analogue de Morfit. — L'implantation de l'œuf s'était faite sur un moignon incomplètement réséqué et communiquait avec la cavité péritonéale.

tubaire. Quant à la proportion entre les grossesses isthmiques et ampullaires, il n'y a aucune règle précise à noter.

En tout cas, il n'existe aucune observation de grossesse extra-utérine récidivée évoluant à terme, sauf le cas de Chapot-Prévost (19) publié par Varnier en 1900, cas curieux de deux grossesses extra-utérines successives évoluant l'une comme l'autre à la façon de grossesses normales, sans phénomènes de compression pelvienne, sans crises douloureuses, sans hémorragies, sans réaction péritonéale et cela presque jusqu'au terme, le faux travail et la rétention du fœtus mort mettant seuls sur la voie du diagnostic.

Mais il n'existe pas d'exemple où la récidive ait été à terme lorsque la première a été interrompue précocement, ce qui est, peut-on dire, la règle.

Renseignements opératoires fournis au cours de l'intervention pour récidive.

Presque toutes nos observations de récidive ont été traitées par la voie abdominale. Dans 3 cas seulement on a utilisé la voie vaginale. Dans 3 cas on a traité la malade par l'expectative. Ce qui frappe dans les cas où la malade a été traitée par laparotomie, c'est la fréquence des adhérences soit au péritoine, soit à l'intestin grêle et au rectum qu'ont constatée les opérateurs et qui s'oppose en somme à la fréquence de l'état normal de l'abdomen lors de la première intervention.

Sur 40 cas où les opérateurs ont noté l'état du petit bassin, 34 fois l'opération a été compliquée par des adhérences nombreuses.

Dans 6 autres cas, l'opération a eu le caractère de simplicité de la première intervention.

Notons en passant cette constatation, nous aurons à y revenir à propos de la pathogénie.

Enfin, de même que pour la première grossesse ectopique, nous manquons de renseignements sur l'examen microscopique de la pièce enlevée.

Les suites de la récidive.

En dehors de la guérison habituelle de la femme, signalons à titre d'indication la possibilité d'une grossesse utérine normale après une double grossesse ectopique, lorsque l'un ou l'autre de ces deux accidents a été traité soit par l'expectative, soit par une opération non radicale.

C'est ainsi que Rosenstein (**125**) rapporte le cas d'une malade qui, laparotomisée pour grossesse ectopique et traitée radicalement, fit ensuite une récidive du côté opposé, mais cette grossesse se termina par un avortement tubaire qui guérit sans intervention et à la suite de ces accidents cette femme devint enceinte normalement et accoucha à terme.

Le cas cité par Pearson (obs. 186) est encore plus curieux, c'est celui d'une femme opérée de grossesse extra-utérine rompue pour laquelle on se contenta de réséquer la partie malade et on rapprocha les deux surfaces de section tubaire sans cependant enlever les fils qui les fermaient.

Elle accoucha à terme l'année suivante ; deux ans après, grossesse tubaire récidivée du même côté, et enfin un an après une grossesse utérine qui évolua jusqu'au terme.

Ces faits exceptionnels ne peuvent avoir une importance au point de vue conduite opératoire ; ils sont cependant intéressants, car ils prouvent combien la cause de l'anomalie est transitoire et que la greffe de l'œuf en situation normale peut survenir même après deux grossesses ectopiques.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Le diagnostic de la récidive de la grossesse extra-utérine est en général facile et dans la très grande majorité des cas, il est fait par la femme elle-même qui a gardé un impressionnant souvenir des symptômes de son premier accident et qui est à juste titre inquiète de voir à nouveau se présenter les mêmes signes et souvent elle vient d'elle-même consulter son médecin.

L'histoire clinique analogue, les antécédents mettront rapidement sur la voie.

Toutefois, dans les cas de récidive comme dans les cas de grossesses ectopiques simples, il convient de signaler des causes d'erreurs.

Nous avons présent à la mémoire le cas d'une femme que nous avons eu l'occasion d'observer dans un de nos services hospitaliers, qui opérée de grossesse extra-utérine assez longtemps auparavant, se présentait avec des irrégularités de règles, des métrorragies plus ou moins abondantes, des douleurs abdominales. Au toucher on sentait une masse dure douloureuse bombant dans un des culs-de-sac latéraux. On crut à une récidive. La malade fut opérée et on se trouva en présence d'un pyosalpinx.

Voici une observation analogue recueillie dans le service de notre maître le Dr Schwartz :

Observation. — W., 42 ans, ménagère.

Réglée à 14 ans. A 17 ans a fait une fausse couche de 2 mois 1/2 et à la suite a été soignée pour métrite.

En 1905, a présenté une violente crise de douleurs dans le bas-ventre sans pertes ni vomissements ; admise dans le service du Professeur Pozzi, on lui proposa une opération, mais elle partit sans l'accepter.

15 *juin* 1907. — Quinze jours après la dernière époque menstruelle, la malade fit une hématocèle rétro-utérine opérée par colpotomie. Elle sortit de l'hôpital le 19 juillet.

16 *novembre* 1907. — Après s'être très bien portée, ayant eu ses règles régulièrement, elle sentit une pesanteur dans le bas-ventre qui deux ou trois jours après se transforma en violente douleur sans perte de connaissance cependant. En même temps commencèrent des pertes rouges sans caillots. Pas de vomissements, ni de fièvre.

A l'examen on trouve une grosse masse dans la fosse iliaque gauche, perceptible également par le toucher vaginal.

L'examen au spéculum permet de constater une collection purulente qui se vide par l'ancienne incision vaginale qui s'est rouverte.

Diagnostic. — Salpingite suppurée dans une poche d'hématocèle ancienne.

On aurait pu croire dans ce cas à une récidive de grossesse tubaire. En réalité il s'agissait d'une hématocèle ancienne, incomplètement vidée, qui s'était infectée secondairement, amenant la formation d'un abcès se rouvrant par l'incision vaginale primitive.

Signalons enfin que dans les cas douteux on pourra s'aider de moyens de laboratoire ; on a vanté la précision de la radiographie. Citons également la réaction d'Abderhalden, qui aurait surtout de la valeur lorsqu'elle est négative pour écarter le diagnostic de la grossesse.

En dernier lieu, disons un mot du diagnostic rétrospectif de la grossesse tubaire qui aura pu être méconnue.

C'est par un interrogatoire minutieux de la malade que l'on pourra reconstituer l'histoire clinique de la grossesse ectopique. Notons que pour Lejars (75), l'absence de toute perte rouge devra faire éliminer le diagnostic de grossesse tubaire.

CHAPITRE V

Déductions pathogéniques.

Après cette analyse étiologique et clinique des observations de récidive, nous avons à examiner si les renseignements ainsi recueillis apportent un éclaircissement à la pathogénie des grossesses extra-utérines.

L'étude minutieuse de ces phénomènes pathogéniques peut présenter d'autre part un gros intérêt pratique, certains auteurs s'inspirant du fait que les lésions causales sont le plus souvent bilatérales, pour pratiquer l'ablation double des annexes lors de la première intervention.

Tout d'abord quelles sont les causes qui ont été incriminées comme productrices des grossesses ectopiques en général. Nous suivrons le plan du traité de Bar et Brindeau (8).

On sait que normalement l'ovule s'unit au spermatozoïde près du pavillon de la trompe ; l'œuf une fois formé chemine le long de celle-ci, gagne l'*ostium uterinum* et se fixe alors dans la matrice.

Comment l'œuf, au lieu de se développer dans l'utérus, s'arrête-t-il à mi-chemin ? D'une façon générale, on peut dire que tout obstacle à la migration de l'ovaire favorise le développement de la grossesse ectopique. Ces obstacles peuvent venir de l'ovaire, des trompes, de l'utérus, de l'œuf lui-même.

A. — **De l'ovaire ou des trompes.**

1° Malformations acquises.

a) Agissant par compression : petits kystes de l'ovaire, pelvi-péritonites, adhérences et coudures.

b) Inflammations proprement dites et en première ligne la salpingite blennorragique.

2° Malformations congénitales.

Pavillons accessoires. Diverticules de la trompe. Trompes infantiles.

B. — **De l'utérus.** — Endométrite. Rétroversion. Fibromes sous-péritonéaux.

C. — **De l'œuf.** — Les recherches modernes tendent à prouver que l'œuf pour se greffer a besoin d'avoir acquis un certain développement ; quand il l'a atteint, il se fixe où il se trouve.

Tout retard dans la traversée de la trompe fait que l'œuf devient propre à se greffer plus tôt et se greffe là où il est.

D. — **Théorie de Webster** qui fait des grossesses extra-utérines une anomalie par atavisme.

En ce qui concerne les récidives, voyons quelle est l'opinion des divers auteurs qui se sont occupés de la question.

Pour Pestalozza (**101**) la récidive autorise à croire à une cause prédisposante d'origine génitale ; la nature d'une telle cause est encore peu connue, mais vraisemblablement due à une altération congénitale de la trompe.

Bouchet (**13**) admet la théorie de Webster qui fait de la grossesse ectopique une anomalie par atavisme. « Il ne se produit pas de caduque dans l'espèce humaine au niveau de la trompe, tandis que certains animaux réagissent de cette façon. Si en même temps il existe un obstacle à la migration

de l'ovule, on comprendra la possibilité de la grossesse ectopique. »

Pour ces auteurs, c'est donc une origine congénitale, disposition anatomique spéciale, qu'il faut invoquer pour expliquer la possibilité de la grossesse ectopique et partant celle de sa récidive, ces anomalies étant symétriques.

La majorité des auteurs se range au contraire à l'hypothèse d'une prédisposition acquise.

Varnier et son élève Sens (**150**) font remarquer en effet que si une disposition congénitale expliquerait assez bien la récidive chez les nullipares, la production fréquente de celle-ci chez des multipares tend à faire supposer que quelque modification bilatérale acquise s'est produite rendant apte à l'ectopie la trompe, alors que sa muqueuse était primitivement normale. La fréquence de l'endosalpingite permet de la soupçonner comme étant la cause gênant la marche de l'œuf.

Sauvé (**130**), Filhoulaud (**37**) concluent que la cause la plus fréquente de la récidive doit être l'altération inflammatoire de la trompe, lésion dont la bilatéralité explique la bilatéralité de la grossesse ectopique, cette altération portant surtout sur la muqueuse tubaire, mais devant être peu intense sous peine d'être un obstacle à la fécondation.

Prunet (**110**) pense également que la salpingite catarrhale explique la bilatéralité de la grossesse extra-utérine à laquelle s'ajoute l'influence du système nerveux amenant des paralysies partielles de la musculature tubaire.

Kuppenheim (**62**) fait jouer un rôle prépondérant à la gonococcie à laquelle s'ajoutent les infections puerpérales suites d'avortement et enfin la dégénérescence kystique de

l'ovaire. Rabinowitz (**117**) incrimine la salpingite catarrhale, Velter (**160**) se range également à cet avis et place à côté de la gonococcie la fréquence des avortements et des infections puerpérales méconnues.

Les opinions précédentes tendent à admettre que la cause de la récidive est la même que celle de la première grossesse ectopique.

Certains auteurs se sont demandé si cette première grossesse ectopique n'était pas elle-même la cause favorisante de la deuxième. M. Hartmann (**49**) à propos de la communication de Varnier en 1900, concluait : « Ce sont peut-être les adhérences de la trompe opposée consécutive à l'organisation des exsudats enkystant plus ou moins la première hématocèle qui sont la cause des récidives. Dans ces cas, les adhérences extérieures de la trompe conservée ont été plus considérables que chez une autre, soit qu'il y ait eu un peu d'infection le long du drain et une poussée de pelvi-péritonite plastique. »

C'est également l'avis de Pappel (**112-113-114**) qui a déclaré récemment que la cause des récidives réside dans le drainage, les adhérences, la présence de sang et d'exsudats et en conclut dans ces cas à l'ablation systématique de la trompe opposée.

Les auteurs sont donc loin d'être d'accord sur la cause des récidives ; voyons quelle est de toutes ces opinions celle qui semble mériter le plus d'être retenue.

D'abord pouvons-nous admettre que la première grossesse extra-utérine soit la cause favorisante de la récidive ?

En faveur de cette hypothèse on peut signaler le fait qu'au cours de l'intervention pour la deuxième grossesse tubaire,

assez fréquemment les chirurgiens ont noté la présence d'adhérences nombreuses péritubaires, bien plus prononcées que lors de la première laparotomie.

Mais cette constatation ne semble pas être spéciale aux grossesses tubaires, et il est presque de règle de constater la présence d'adhérences semblables au cours d'une laparotomie faite pour quelqu'autre cause lorsqu'une opération antérieure a été pratiquée ; on conçoit facilement que fatalement, les rapports soient modifiés et que les organes n'aient plus entre eux des connexions absolument normales. Et cependant observe-t-on des grossesses tubaires après une première intervention abdominale ? Il ne semble pas que le fait soit signalé comme fréquent ; et en particulier on n'observe guère de faits analogues après les ablations unilatérales pour annexite. Ce à quoi Hartmann objecte que dans ces cas il s'agit soit d'ovaires kystiques, cas où il n'y a pas d'adhérences péritonéales tubaires du côté opposé, soit de salpingo-ovarites vraies, cas où la fécondation ne peut se faire par suite de l'existence de lésions de la muqueuse du côté opposé ; les lésions de cet ordre étant presque toujours bilatérales.

Si la présence d'exsudats inflammatoires devait favoriser la production de la récidive, dans les cas de grossesse extra-utérine abandonnée à elle-même, soit traitée par l'expectative ou par colpotomie simple, la récidive devrait être plus fréquente et plus rapide. On conçoit, en effet, que dans ces cas la formation d'adhérences plastiques, les chances d'infection et de pelvi-péritonite soient bien plus marquées et en tout cas puissent se réaliser plus fréquemment que dans les cas de laparotomie faite avec toutes les conditions d'asepsie

moderne et la règle que suivent la plupart des chirurgiens de supprimer le drainage en cas d'hématocèle.

Cette opinion a du reste été émise par certains auteurs. Or si nous nous reportons à nos observations, nous voyons que sur 190 cas, 33 fois seulement la répétition des accidents a eu lieu, la première grossesse ectopique ayant été traitée par l'expectative, et 18 fois seulement par une opération incomplète ; dans tous les autres cas, soit 139 cas, la trompe a été enlevée par laparotomie.

La non intervention ne semble donc pas avoir une influence appréciable, loin de là, sur la fréquence de la récidive. Bien plus il ne ressort nettement d'aucune de nos observations que dans ces cas la récidive se soit produite d'une façon plus rapide, ainsi que nous l'avons déjà indiqué.

Dans la très grande majorité des cas la récidive a eu lieu après une laparotomie, suivie d'un nettoyage complet de l'abdomen, et si nous remarquons que toutes nos observations ont été relevées dans ces quinze dernières années, il est permis de supposer que les chances d'infection opératoire ont été bien minimes ; du reste si nous nous reportons aux observations inédites que nous publions, nous voyons que dans le premier cas (obs. 1), la malade opérée le 16 janvier est sortie le 1er février ; dans le deuxième (obs. 2), opérée le 9 juin, sortie le 25 ; dans le troisième (obs. 3), opérée le 25 novembre, sortie le 15 décembre ; on ne peut souhaiter de suites plus favorables et l'on ne peut se faire à l'idée que la première opération ait pu être pour quelque chose dans la reproduction de l'accident.

Au reste, cette théorie n'explique en rien la première grossesse ectopique, et il semble bien plus logique d'admettre

que la récidive relève de la même cause que le premier accident.

Outre la fréquence manifeste de ces récidives qui semble bien indiquer une prédisposition individuelle, il est un groupe de faits cliniques qui militent en faveur de cette théorie. Nous voulons parler des grossesses simultanées. Il ne peut être dans ces cas question du rôle joué par le premier accident sur le deuxième puisque tous deux sont contemporains.

Or nous avons vu qu'entre les récidives classiques, à distance, des grossesses tubaires et les grossesses simultanées, existent tout un groupe de cas intermédiaires qui les rattachent d'une façon indiscutable au même facteur étiologique.

Nous conclurons donc que la récidive relève de la même cause que la première grossesse ectopique, dont il nous faut chercher à préciser la nature.

Cette prédisposition peut être d'origine congénitale ou acquise.

La récidive peut plaider en faveur d'une disposition anatomique spéciale de la femme.

A l'appui de cette théorie, rappelons la constatation souvent faite par les opérateurs de l'intégrité de la trompe du côté opposé au cours de la première intervention ; les troubles menstruels, retards, formation tardive, assez souvent rencontrés dans l'histoire des malades ; l'évolution généralement identique à la première grossesse ectopique, la répétition dans la même partie de la trompe.

Par contre, il est absolument exceptionnel qu'on ait constaté anatomiquement une disposition congénitale, telle que persistance de canaux de Müller, pavillons accessoires, bifidité de la trompe.

Si séduisante que puisse paraître à première vue cette théorie, elle ne correspond que d'une façon incomplète aux observations.

Celles-ci montrent en effet que dans la très grande majorité de cas les femmes ont un gros passé génital et ont présenté des grossesses normales antérieures.

Satisfaisante en ce qui concerne les nullipares, cette explication l'est beaucoup moins en ce qui concerne les multipares : on ne conçoit pas très bien en effet, s'il existe une prédisposition génitale, pourquoi celle-ci ne s'est pas déclarée dès la première fécondation, et que la première gestation n'ait pas été une anomalie.

Plus embarrassants encore à expliquer sont les cas plus rares, mais encore assez nombreux, de grossesses utérines qui viennent se placer entre les deux extra-utérines.

Sans doute la constatation « annexes saines » a été souvent faite au cours de la première laparotomie ; mais cet examen à l'œil nu ne peut guère renseigner que sur l'existence ou l'absence d'altérations périsalpingiennes, les altérations légères de la muqueuse échappent à cette exploration et nous savons qu'elles sont particulièrement fréquentes.

C'est donc vers une prédisposition acquise que nous sommes conduits.

L'âge avancé des femmes, leur vie génitale déjà longue chez les nullipares, la fréquence des accouchements antérieurs, toutes chances d'autant plus grandes d'infection des voies génitales militent en faveur de cette hypothèse.

Reste à préciser quelle est la partie de l'appareil génital qui est en cause.

Il ne semble pas que l'utérus joue un rôle quelconque.

Sans doute l'endométrite d'origine puerpérale ou gonococcique peut rendre la muqueuse utérine impropre à la fixation de l'œuf et peut même amener une sclérose telle que l'ostium uterinum soit obstrué, mais ce sont surtout les lésions de la trompe et de l'ovaire qui doivent être incriminées.

Les lésions salpingiennes sont particulièrement fréquentes, soit qu'elles soient secondaires à l'infection puerpérale, surtout à des degrés légers et qui peut passer inaperçue, mais léser cependant suffisamment la muqueuse tubaire, soit plutôt l'infection gonococcique remontant jusqu'aux annexes. On peut objecter que la salpingite obstrue la lumière de la trompe, lèse profondément la muqueuse tubaire et entraîne la stérilité. Sans doute lorsqu'elle est grave, mais elle peut être légère et c'est justement pourquoi au cours des opérations on n'a pu constater d'altérations visibles.

Du reste, elle peut procéder par poussées successives ; être tout d'abord très peu marquée d'un côté et occasionner une première anomalie et évoluer ensuite du côté opposé. Au surplus, on sait bien que la salpingite guérit par le repos ; l'intervalle souvent très long entre les deux grossesses ectopiques indique que la salpingite catarrhale est restée assez forte pour amener la stérilité. Puis lorsqu'elle a été guérie, la fécondation a été possible mais l'infection a laissé à sa suite une lésion telle de la muqueuse que celle-ci devient le siège de la greffe ovulaire.

Cette théorie, comme nous l'avons vu, a séduit beaucoup d'auteurs ; elle a contre elle des objections.

Pour Frank (**39**) l'infection salpingienne n'est pas confirmée dans beaucoup de cas, et de fait l'analyse des observations montre que dans un certain nombre de cas, malgré un

examen minutieux, on n'a trouvé aucune gonorrhée, aucune infection suspecte des voies génitales.

L'examen microscopique des trompes nous manque en ce qui concerne les grossesses récidivées, mais Paquy dans sa thèse, à la suite de plusieurs examens minutieux de trompes gravides dans des cas d'ectopie simple, a pu conclure que ces organes présentaient une remarquable intégrité microscopique ; les cils vibratils étaient intacts, et d'après lui les lésions des trompes ne joueraient aucun rôle dans l'arrêt de la migration de l'ovule.

De plus, les grossesses ovariennes et péritonéales exceptionnellement, il est vrai, récidivées ne sauraient s'expliquer que difficilement par une lésion tubaire.

Reste une dernière hypothèse : la cause de la grossesse extra-utérine ne serait-elle pas due à l'ovaire ou à l'œuf lui-même, théorie soutenue par Strassmann qui admet que les ovaires malades produisent des œufs malades, augmentés de volume, ayant subi des changements dans leur membrane granuleuse et prédisposés à se fixer de bonne heure.

La cause de cette altération ovulaire serait d'origine inflammatoire, soit d'origine puerpérale secondaire à un avortement ou à un accouchement normal, soit d'origine gonococcique plus fréquemment encore ; l'ovaire est en effet touché en même temps que la trompe ; qui dit salpingite dit en même temps ovarite, altération très légère mais suffisante cependant pour amener un trouble fonctionnel de l'organe.

Cette théorie expliquerait la possibilité de la grossesse extra-utérine chez les multipares et les faits plus curieux de grossesses utérines intercalées.

Il s'agirait en effet de lésions passagères, susceptibles de

régresser et d'un retour aux fonctions normales de la glande.

En ce qui concerne les nullipares et les femmes n'ayant aucun antécédent puerpéral et pathologique, nous savons qu'il s'agit le plus souvent de femmes ayant dépassé la trentaine ; or on connaît la fréquence de l'ovaire scléro-kystique, et l'on peut admettre que ces ovaires, âgés et plus ou moins altérés, sécrètent des ovules atypiques ayant une prédisposition à se fixer de bonne heure avant d'avoir atteint l'utérus.

La pathogénie de la grossesse extra-utérine reste encore incomplètement élucidée, il semble en tout cas que ce n'est pas dans une altération grossière, visible qu'il faille en chercher la cause ; les malformations ne jouent qu'un rôle accessoire et il semble bien que l'on doive la chercher dans une altération passagère, un trouble fonctionnel, et la conclusion à en tirer, c'est qu'on ne saurait être autorisé à pratiquer l'ablation de la trompe non gravide lors d'une première intervention en vue de prévenir la récidive.

CHAPITRE VI

Valeur pronostique.

Dans ce chapitre nous étudierons successivement :

1° La fréquence de la récidive par rapport aux cas de grossesse extra-utérine en général ;

2° La fréquence par rapport aux observations de grossesse normale postérieure à une première grossesse extra-utérine ;

3° Le pronostic de la récidive elle-même.

1° Fréquence de la récidive.

En 1900 Varnier le premier a insisté sur le fait qu'elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'imaginait jusqu'alors, beaucoup d'observations n'étant pas publiées par les chirurgiens et de plus bon nombre de grossesses extra-utérines pouvant d'après lui être méconnues.

A son appel plusieurs statistiques parurent dans la littérature médicale et nous donnent les indications suivantes.

Lejars (**74**) sur 63 cas a observé.	3	récidives.
Puech (**64**) sur 180 cas a observé.	8	—
Wertheim (**161**) sur 120 cas a observé. . . .	8	—
Engström (**64**) sur 80 cas a observé	4	—
Ryser (**62**) sur 50 cas a observé	4	—
Reiffercheid (**118**) sur 43 cas a observé . . .	2	—
Duhrsen sur 37 cas a observé	2	—
Orthmann (**98**) sur 45 cas a observé.	2	—

Haultain sur 30 cas a observé	4	récidives.
Harris (**47**) sur 54 cas a observé	1	—
Heikel (**50**) sur 80 cas a observé	4	—
Horrmann sur 125 cas a observé	5	—
Kuppenheim (**62**) sur 45 cas a observé	3	—

Si nous totalisons ces diverses statistiques nous arrivons à 50 cas de récidives pour 951 observations de grossesses extra-utérines, soit un peu plus de 5 o/o.

Ce chiffre est supérieur à celui que donnait Varnier qui arrivait à 4 o/o.

Plus récemment Zeitline (**168**) sur 107 cas a obtenu trois récidives soit environ 3 o/o. Enfin Smith (**133**) qui a réuni 2998 cas de grossesses extra-utérines a compté 114 récidives soit 3, 8 o/o, mais il admet que ce chiffre est beaucoup trop faible.

A côté de ces statistiques, il en est d'autres qui comportent beaucoup moins de cas de récidive.

Baculescu (**5**) publiant la statistique de M. le P^r^ Delbet n'a observé la récidive dans aucun cas sur 56 observations.

Mais par la suite des observations peuvent se produire, car nous avons vu que souvent les récidives surviennent plusieurs années après la première atteinte.

C'est ainsi qu'en 1900 Bouilly sur 80 cas n'avait observé aucune récidive et l'année suivante il en publie une en collaboration avec Lecène.

Schwartz la même année sur 40 cas n'en notait pas davantage et cependant il nous en procure une observation.

Bien plus, nous croyons que la moyenne 4 à 5 o/o reste au-dessous de la normale.

Car d'une part un grand nombre d'observations cliniques

ne sont pas publiées ainsi que l'avait déjà fait remarquer Varnier. D'autre part, étant donnée la fréquence de l'avortement tubaire se traduisant par peu de symptômes qui lui permettent de passer inaperçu, il est permis de supposer que de multiples grossesses extra-utérines peuvent être laissées dans l'ombre. Il y a des cas nombreux où on croit être en présence d'une première grossesse ectopique et dans lesquels un interrogatoire minutieux permettrait d'apprendre qu'à une époque plus ou moins lointaine, la malade a eu quelques douleurs abdominales après un retard, quelques pertes de sang et de débris de membranes et que tout est rentré dans l'ordre après un repos plus ou moins prolongé. Nous croyons que des recherches plus complètes augmenteraient le nombre des récidives. Mais cette proportion ne présente en elle-même qu'un intérêt secondaire. Elle ne comporte en tout cas aucune aggravation dans le pronostic, puisque toutes ces formes ont été méconnues et se sont terminées de la façon la plus heureuse.

2° Fréquence de la récidive par rapport à la grossesse utérine postérieure à une grossesse extra-utérine.

La première statistique publiée à ce sujet est celle de Schuhl en 1883 qui trouvait 12 grossesses normales pour une récidive.

Varnier (**149**) en 1900 comptait 63 cas de récidive et les opposant aux 188 cas de grossesses utérines secondaires publiés par Funck-Brentano (**41**) arrivait à la conclusion que l'on observe une grossesse extra-utérine récidivée pour deux grossesses utérines.

Pestalozza (**101**) admet que la répétition de la grossesse extra-utérine est à la grossesse normale comme 1 est à 4.

Rosenstein (**125**) sur une centaine de cas de grossesses extra-utérines a observé 18 grossesses ultérieures et 6 cas de récidive, soit une proportion de 1 à 3.

Dans l'ensemble il paraît donc que la grossesse normale survenant après une première grossesse extra-utérine se présente d'une façon plus fréquente que la récidive.

Ce n'est pas l'opinion unanime. Pour Proust (**109**), la tendance à la grossesse tubaire récidivée est sensiblement plus grande que celle à la grossesse normale, et si une femme qui a eu une première atteinte vient à être fécondée ultérieurement, elle a les plus grandes chances de faire à nouveau une grossesse ectopique.

Du reste, quelle que soit la fréquence comparée de la grossesse extra-utérine et de la grossesse normale, ces proportions ne sauraient comporter d'indications thérapeutiques.

A elle seule la possibilité d'une grossesse utérine fût-elle plus rare encore, et la récidive plus fréquente, rend légitime le traitement conservateur lors d'une laparotomie pour grossesse tubaire.

3° Pronostic de la récidive elle-même.

La récidive est-elle plus grave que la première atteinte ? Il ne le semble pas.

Les cas de mort sont exceptionnels. Smith sur 116 cas compte 16 morts ; mais certaines statistiques opératoires sont très anciennes, et remontent à une époque où la chirurgie était encore très insuffisamment aseptique.

Celles qui sont récentes donnent des chiffres très inférieurs. Dans nos 190 observations, nous ne relevons que 3 cas de mort, parmi lesquels deux sont survenus la malade ayant été traitée par l'expectative. Dans l'autre cas on avait fait simplement une colpotomie, c'est-à-dire une opération incomplète.

Il n'y a eu aucun cas de mort parmi les malades opérées par la voie haute.

Le risque à courir ne semble donc pas être plus important au point de vue vital que pour le premier accident et celle constatation est encore intéressante quant à la conduite à tenir.

CHAPITRE VII

Indications thérapeutiques.

Ce chapitre comprendra deux parties :

1° Comment prévoir et éviter la récidive,

2° Le traitement de la récidive elle-même.

1° Traitement prophylactique.

C'est la question du traitement de la trompe non gravide au cours de la première intervention. La plupart des auteurs concluent que la fréquence de la récidive ne saurait légitimer une prophylaxie radicale, mais qu'elle comporte l'examen des annexes du côté non gravide qui devront être enlevées en cas de lésions évidentes ; en cas de doute et en l'absence de signes permettant de mesurer l'aptitude de la récidive on devra s'abstenir.

Et pourtant l'opinion contraire a été soutenue. Autrefois Karl et Abel arrivaient aux conclusions que même si les annexes opposées paraissaient saines, certaines conditions d'âge et d'état antérieur légitimeraient l'intervention radicale, thèse soutenue également à Vienne par Weinlachner (**158**).

Plus récemment une longue polémique s'est élevée en Allemagne, entre Puppel, Rosenstein, Hirch et Vesenberg.

Puppel (**112**), s'appuyant sur 2 cas publiés par lui, émet

l'hypothèse que la cause de la récidive, ainsi que nous l'avons indiqué, doit être cherchée dans les adhérences, trouvées lors d'une première intervention ou qui se sont produites à l'occasion de cette première intervention par faute d'asepsie. Il conclut à l'ablation de la trompe non gravide, avec le consentement de la patiente, toutes les fois qu'elle présente des exsudats, des adhérences périmétritiques, ou qu'il existe une hématocèle volumineuse, ou enfin qu'il y a lieu d'établir un drainage du petit bassin. Ce n'est pas l'avis de Rosenstein (**125**), et d'après lui pour avoir le droit de supprimer la trompe il faut se baser sur des arguments beaucoup plus sérieux, qu'il n'est pas toujours possible de prévoir à l'avance.

Hirch (**52-53**) fait intervenir d'autres considérations. Pour lui certaines raisons sociales auraient beaucoup plus d'importance dans la conduite à tenir que les raisons médicales et anatomiques. Il n'y a aucun critérium permettant de dire aussi bien à l'inspection qu'à la palpation de la trompe, si oui ou non on doit pratiquer l'ablation.

Il admet la possibilité de la salpingectomie chez la femme qui a eu beaucoup d'enfants, ou chez celles qui ont des tares pouvant se transmettre héréditairement ; chez les épileptiques, les alcooliques, les tuberculeuses, les hystériques, on pourra enlever les trompes.

C'est à une conclusion presqu'analogue qu'aboutit Smith (**135**) : « Chez les femmes ayant eu des enfants à terme et ne désirant plus en avoir, enlever sans hésitation la trompe opposée normale ou non pour éviter la possibilité d'un accident ultérieur ». Wesenberg de Hanovre (**162**) admet de même la castration bilatérale quand il s'agit de petites lésions chez des femmes ne désirant plus avoir d'enfants.

On ne saurait trop s'élever contre la tendance à faire de la récidive de la grossesse extra-utérine une indication opératoire formelle. Car nous avons vu que rien ne peut faire prévoir anatomiquement les annexes qui seront le siège d'une nouvelle ectopie ; ce ne sont pas de simples adhérences constatées lors de la première intervention qui peuvent être une indication à sacrifier la trompe ; pas davantage la présence de caillots dans le Douglas, car alors il faudrait faire l'ablation dans les deux tiers des cas et nous avons conclu que les suites de la première grossesse ne sauraient être considérées comme favorisant la récidive.

Bien plus les chances de grossesses utérines secondaires, plus fréquentes semble-t-il ou tout au moins égales, suffisent pour faire admettre un traitement conservateur.

Du reste, si fâcheuse que soit l'éventualité d'une nouvelle grossesse extra-utérine, son pronostic en est peu grave à condition d'être opérée d'une façon moderne et la crainte de la récidive ne doit pas obséder l'opérateur.

Quant aux raisons d'âge, raisons sociales présentées par Hirch et Smith, elles ne nous paraissent pas suffisantes pour légitimer la castration double. En particulier, nous ne saurions admettre que le désir de la femme de ne plus avoir d'enfants puisse en quoi que ce soit influencer le chirurgien. Tout au plus, dirons-nous qu'il serait désirable qu'avant d'opérer on discutât avec la malade de la possibilité d'une double salpingectomie en cas de lésions irrémédiables.

Ceci dit, quelle est la conduite à tenir ? En dehors des cas d'urgence où l'intervention s'impose, nous avons vu que dans certains cas l'évolution se fait d'une façon bénigne et certains chirurgiens traitent la malade par l'expectative.

La question est discutable. En principe, nous admettrons que toute grossesse extra-utérine diagnostiquée devra, selon le mot de Werth, être traitée comme une tumeur maligne et opérée précocement, non pas parce que le retard ou la non intervention peut être considérée comme une cause de récidive, nous avons vu qu'elle ne semble ni plus rapide ni plus fréquente dans ces cas ; mais en prévision d'accidents graves, une femme qui porte un germe anormalement fixé n'étant jamais sûre de son lendemain et puisque nous avons fait des grossesses utérines postérieures la raison majeure de la conservation, rapprochons ce fait intéressant signalé par Funck-Brentano ; les accouchements ultérieurs à une première grossesse ectopique se sont mal passés quand la femme n'a pas été opérée et très bien dans les cas contraires.

La voie à suivre sera la voie abdominale, voie de choix qui permettra de se rendre compte de l'état du petit bassin et de vérifier les annexes du côté opposé.

Ne pas se contenter de l'inspection, mais palper la trompe et l'ovaire, noter les indurations et les anomalies possibles. Pratiquer la castration bilatérale en cas de lésions indiscutables ; laisser la trompe en place dans les cas où elle paraît saine. N'y pas toucher également dans les cas douteux et même dans certains cas où elle paraît lésée, car nous savons combien sont susceptibles de régresser les lésions salpingiennes par un traitement médical. De plus, dans certaines formes d'hématocèle ancienne, les annexes au contact des caillots qui remplissent le Douglas peuvent avoir pris une teinte et une consistance anormales, simples lésions congestives que l'on devra bien se garder d'enlever systématiquement.

Nous croyons que les cas où on doit pratiquer l'ablation

de la trompe opposée sont en petit nombre, qu'elle doit être réservée aux lésions salpingiennes considérables, et dans ces cas, c'est encore moins la crainte de la récidive qui doit guider la main du chirurgien que celle d'une infection pelvienne possible et la suppression d'un organe inutile, la fécondation étant bien problématique dans des annexes aussi altérées.

Les considérations précédentes concernent les cas où l'on a le temps d'examiner avec attention les annexes opposées. Mais les cas d'urgence en matière de grossesse extra-utérine sont fréquents et l'on est bien souvent appelé à opérer une malade exsangue et presque comateuse ; on va alors au plus pressé et l'exploration des annexes dans cet abdomen rempli de caillots n'est pas chose aisée. Il faut avant tout terminer l'opération, lier la trompe qui saigne et fermer le ventre. Aussi est-ce une raison de plus pour intervenir dès que la grossesse extra-utérine sera diagnostiquée et ne pas attendre les accidents.

En ce qui concerne la trompe gravide, certains auteurs se contentent d'enlever les caillots et font même une salpingorraphie, nous rapportons des cas de récidive consécutifs à ce mode opératoire. On devra donc enlever la trompe et pratiquer une résection très près de l'utérus étant donnée la possibilité de la récidive sur le moignon.

Quant à la trompe non gravide, en dehors du traitement radical qui devra être l'exception, on pourra dans certains cas libérer des adhérences. Si le pavillon est obstrué on pourra faire une salpingostomie ; mais nous en rapportons un cas suivi de récidive qui est à rapprocher d'un cas analogue signalé par Wesenberg (**162**), et d'un autre signalé par Glitsch en 1900. Dans une thèse récente, Denave (**32**)

étudiant les résultats de cette opération faite au cours de laparotomie pour annexite les trouve fort encourageants puisqu'il publie 14 observations suivies de grossesse. Il semble toutefois qu'il y ait des réserves à faire à ce sujet.

Dans la suite, la malade guérie, il conviendra d'attirer son attention sur la possibilité d'un nouvel accident : lui conseiller de venir consulter son médecin au moindre retard suivi de douleurs abdominales.

Vérifier alors avec soin les annexes, par le toucher vaginal, suivre la malade en cas de doute, et on sera à même de cette façon de prévoir les accidents.

Certains auteurs ont signalé, en cas d'adhérences constatées au cours de l'opération, l'utilité de traiter la malade par kinésithérapie.

2° Le traitement de la récidive elle-même.

Ce traitement n'est pas différent de celui de la première grossesse ectopique ; les indications opératoires sont identiques.

De même, on peut se demander si, en l'absence d'accidents menaçants, il ne convient pas de traiter la malade par l'expectative. La possibilité d'une grossesse utérine après deux extra-utérines est réelle. Nous avons cité les cas de Rosenstein et de Pearson ; mais ces faits sont exceptionnels, et en principe, on devra suivre l'opinion classique : opérer la grossesse tubaire dès qu'elle sera reconnue et ne pas pousser trop loin le désir de la conservation.

La colpotomie devra être réservée aux cas de suppuration. La voie abdominale devra être la méthode à adopter.

L'opération elle-même sera souvent plus difficile que la première ; nous avons signalé la fréquence des adhérences, et souvent sera-t-on obligé de pratiquer des résections d'épiploon et des décollements d'intestin qui compliqueront et retarderont l'opération.

Quant à l'intervention elle-même, devra-t-on faire une salpingectomie simple ou l'hystérectomie ?

Il ne peut y avoir de règle fixe, et la conduite opératoire devra être variable selon les cas.

En cas d'inondation péritonéale avec état de shok marqué de la femme, aller au plus vite : arrêter l'hémorragie et se borner à faire une simple salpingectomie.

Si au contraire on a le temps, il n'y a aucune raison de laisser un utérus inutile : pratiquer une opération plus complète et faire l'hystérectomie.

Enfin certains chirurgiens se sont demandé s'il ne convenait pas de laisser l'ovaire, beaucoup de femmes bénéficiant d'une façon appréciable de la fonction ovarienne conservée.

Mais là encore, tout dépend de la façon dont se fait l'intervention : si on opère avec rapidité et en cas de rupture, l'ablation de l'ovaire est faite presque fatalement en même temps que des débris de trompe ; de plus l'ovaire peut devenir kystique, se scléroser, se transformer en néoplasme et il vaudra mieux tout enlever, et en cas de troubles d'insuffisance ovarienne on pourra y suppléer par l'opothérapie.

OBSERVATIONS (1)

Premier groupe.

Observations dans lesquelles la récidive s'est faite du côté opposé à la première grossesse ectopique.

I. — Observations inédites.

Obs. 1 (Due à l'obligeance de M. le Dr Chifoliau).

Camille S., 27 ans, employée de commerce.

Antécédents. — En 1907 a eu une métrite blennorragique pendant qu'elle était enceinte. Accouchement normal ; suites de couches également. Depuis a été toujours bien réglée avec quelques jours de retard. Mais les époques sont abondantes et douloureuses.

Première grossesse ectopique. — Dernières règles le 10 décembre 1910, un peu plus longues que d'habitude.

Début brusque le matin du 1er janvier 1911 au moment où la malade faisait un effort de défécation. Douleur violente à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite. Le soir à 7 heures hémorragie utérine qui dure toute la nuit. Etat nauséeux, mais pas de vomissements, frisson violent et prolongé.

Entrée le lendemain à l'hôpital avec 37°9 de température.

A l'examen toute la paroi abdominale du côté droit est douloureuse. Défense musculaire dans la fosse iliaque droite. Au toucher vaginal, on sent une tumeur du volume d'une noix dans le cul-de-sac droit ; utérus mobile. A gauche l'ovaire est perceptible, à cause de la bilatéralité on pense d'abord à une salpingite.

(1) Les numéros placés à côté du nom de l'auteur renvoient à l'indication bibliographique.

Mais d'après l'examen du col on conclut à une grossesse tubaire.

Opération. — Colpotomie exploratrice qui donne issue à du sang noirâtre ; la malade est alors mise en position de laparotomie.

Laparotomie médiane sous-ombilicale ; l'intestin est repoussé par un champ et on arrive sur la trompe droite qui est volumineuse et noirâtre. Ligature des deux pédicules et section. Quelques caillots dans le Douglas. Suture en trois plans. Mèche vaginale.

Examen de la pièce. — Trompe volumineuse présentant une rupture contre laquelle se trouve un caillot, la trompe ouverte est distendue par un gros caillot noirâtre. Aucune réaction opératoire, ablation des mèches le deuxième jour, suites excellentes.

Sortie de la femme le 1er février.

Intervalle entre les deux grossesses. — 2 ans.

Récidive. — La malade voit ses règles le 1er janvier 1913, ne voit plus le mois suivant.

20 *février.* — Elle ressent de violentes douleurs dans tout le bas-ventre, irradiant dans tout le côté droit, douleurs suivies de syncope. Bientôt les douleurs cessent, la malade recommence à travailler, mais perd en rouge.

18 *mars.* — Les douleurs reprennent très violentes, toujours suivies de syncope, et on lui fait un curettage.

A la suite ne souffre plus, mais perd toujours ; elle rentre alors à l'hôpital le 24 avril.

Examen. — Permet de constater la présence d'une masse volumineuse siégeant dans le cul-de-sac gauche. On conclut à une récidive de grossesse tubaire.

Opération le 25 avril. — Colpotomie postérieure, on pénètre facilement dans le Douglas qui est plein de caillots volumineux.

On décide d'enlever l'utérus et la poche par voie vaginale.

Hystérectomie vaginale classique ; on a la plus grande peine à enlever la trompe gauche, siège de la rupture.

Pinces à demeure 48 heures.

Suites normales. Sortie le 10 mai.

Obs. 2 (Due à l'obligeance de M. le Dr Chifoliau).

Louise S., 28 ans.

Première grossesse ectopique. — Entre à l'hôpital le 9 juin 1910. Début brusque après un retard de règles. Douleurs violentes dans l'abdomen ; métrorragie abondante ; état syncopal.

Examen. — La malade se présente avec tous les signes classiques de l'inondation péritonéale. Le facies est pâle et grippé ; la peau est froide ; le pouls petit et rapide. Le ventre est ballonné, distendu et douloureux ; au toucher vaginal on sent une masse volumineuse qui bombe dans le cul-de-sac postérieur et dans le cul-de-sac latéral droit.

Opération d'urgence qui confirme le diagnostic : grossesse tubaire droite rompue avec inondation péritonéale. Ablation simple des annexes droites. On examine la trompe du côté opposé. On s'aperçoit que l'orifice tubo-abdominal est fermé. On fait trois points de salpingostomie.

Intervalle. — 2 ans et 7 mois.

Récidive. — Rentre à l'hôpital le 19 février 1913. Retard de règles. Douleurs abdominales, pertes utérines.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Hystérectomie abdominale subtotale. Trois catguts sur le col. Surjet péritonéal. Suture de la paroi en trois plans. Pas de drainage. Appendice respecté.

Examen de la pièce. — Rupture de la trompe gauche.

Obs. 3 (Communiquée par M. le Dr E. Schwartz).

B., 24 ans, couturière.

Antécédents. — Un accouchement il y a 8 ans ; deux fausses couches depuis cet accouchement. A été soignée pour métrite il y a deux mois, accompagnée de pertes verdâtres.

Première grossesse extra-utérine. — Entre à l'hôpital le 25 novembre 1912, elle ressent des douleurs dans la fosse iliaque gauche, depuis un mois environ, principalement dans la station debout. Pas de pertes utérines.

Les règles sont interrompues depuis deux mois ; elle souffre en urinant et va difficilement à la selle.

Examen. — Le ventre est un peu ballonné dans la fosse iliaque gauche.

La palpation est douloureuse dans toute cette région, surtout en un point, et l'on sent une masse dure à ce niveau. Au toucher, le col est dur, petit, dirigé en arrière, non douloureux, l'orifice est difficile à sentir. Les culs-de-sac droit, gauche et antérieurs sont empâtés, tuméfiés, douloureux.

La palpation combinée au toucher permet de percevoir à gauche une masse volumineuse ; il y a une défense musculaire très accusée.

Opération le 27 novembre par la voie abdominale. On constate un grand épanchement sanguin dans le Douglas. Ablation de la trompe gauche. On trouve dans l'épanchement un fœtus de deux mois environ.

Suites normales. Sortie le 15 décembre 1912.

Intervalle. — Un an.

Récidive. — Revient à l'hôpital en janvier 1914. Retard de règles. Souffre dans le ventre d'une façon irrégulière ; perd en rouge.

A l'examen on trouve au toucher vaginal une masse volumineuse bombant dans le cul-de-sac postérieur.

Opération le 23 janvier par M. le Dr Guibé. — Hématocèle rétro-utérine, ablation de la trompe droite.

Suites normales. Sort guérie le 15 février.

II. — Observations résumées.

Obs. 4. — Bouilly et Lecène (14), 1901.

Antécédents. — 34 ans. Une grossesse normale 10 ans auparavant. A eu la syphilis.

Première grossesse ectopique. — 1899. Retard de un mois. Tuméfaction dans le cul-de-sac postérieur. Laparotomie. Ablation de la trompe gravide à droite.

Intervalle. — 1 an 1/2.

Deuxième grossesse ectopique. — 1900. De nouveau, signes de grossesse ectopique. Opération d'urgence le 10 décembre. Trompe gauche rompue. Fœtus de 2 mois 1/2.

Obs. 5. — Routier, cité par Bouchet (**13**), 1901.

Antécédents. — 29 ans. Deux accouchements à terme. Avortement de 4 mois.

Première grossesse ectopique. — En 1895. Signes de grossesse extra-utérine à gauche. Colpotomie. Ablation des annexes.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Retard. Pertes et douleurs à droite. Laparotomie. Tumeur fœtale tubo-ovarienne droite. Ablation. Moignon gauche parfait.

Obs. 6. — Heinsius (**51**), 1901.

Antécédents. — 30 ans. Mariée depuis 9 ans. Pertes blanches. Un accouchement normal.

Première grossesse ectopique. — En 1900. Grossesse tubaire. Ablation de la trompe gauche. Trompe droite normale.

Intervalle. — 9 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — En 1901, opérée à nouveau pour rupture de trompe droite.

Obs. 7. — Heickel (**50**), 1901.

Antécédents. — 35 ans. Accouchements antérieurs.

Première grossesse ectopique. — Laparotomie en février 1896. Ablation des annexes gauches gravides. Adhérences.

Intervalle. — 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Opération nouvelle en février 1899. Trompe droite gravide. Adhérences.

Obs. 8. — Heickel (**50**), 1901.

Antécédents. — 34 ans. Endométrite. Accouchements antérieurs.

Première grossesse ectopique. — Trompe droite rompue. Laparotomie. Ablation. A gauche : annexes normales.

Intervalle. — 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Laparotomie pour rupture de grossesse tubaire gauche. Adhérences au rectum.

Obs. 9. — Stolze (**142**), 1901.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire. Opération : castration.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération.

Obs. 10. — Stahl (**139**), 1901.

Antécédents. — 28 ans.

Première grossesse ectopique. — En décembre 1897. Amputation de la trompe droite pour grossesse tubaire rompue.

Intervalle. — 1 an 4 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Deuxième opération en avril 1899, grossesse tubaire gauche. Pas d'adhérences.

Obs. 11. — Gates (**42**), 1901.

Première grossesse ectopique. — Juillet 1897, malade présentant tous les signes d'une grossesse extra-utérine avec rupture. Ne fut pas opérée.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — En juin 1899. Rupture de la trompe. Opération : salpingectomie.

Obs. 12. — Wells (**159**), 1902.

Antécédents. — 36 ans, un accouchement normal. Gonococcie antérieure.

Première grossesse ectopique. — En février 1901. Signes d'hémorragie interne. On sent dans le cul-de-sac vaginal droit une tumeur. Opération : on enlève la trompe gravide. La trompe gauche examinée est libre d'adhérences.

Intervalle. — Un an.

Deuxième grossesse ectopique. — Février 1902. Opérée d'ur-

gence pour rupture de la trompe gauche. Nombreuses adhérences qui compliquent l'opération.

Obs. 13. — Stahl (**139**), 1902.

Antécédents. — Une grossesse normale en 1893.

Première grossesse ectopique. — En 1897. Rupture de l'ampoule de la trompe droite. Opération : rétroflexion de l'utérus.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — En 1899. Opérée à nouveau pour rupture de la trompe gauche gravide. Hystérectomie.

Obs. 14. — Philippovicz (**103**), 1902.

Antécédents. — 30 ans.

Première grossesse ectopique. — Retard de règles de 2 mois. Laparotomie. Grossesse annexielle, avec fœtus macéré à droite. Marsupialisation.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Retard de règles. Laparotomie. On extirpe la trompe gauche qui contient un fœtus de 6 centimètres.

Obs. 15. — Kirchgessner (**60**), 1902.

Antécédents. — 33 ans.

Première grossesse ectopique. — Dernières périodes en novembre 1899. En janvier 1900, pertes de sang. Diagnostic de grossesse tubaire droite. Opération : ablation des annexes.

Intervalle. — Un an et 7 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — En 1901. Signes d'hématocèle rétro-utérine. Laparotomie et ablation des annexes gauches.

Obs. 16. — Kynoch (**64**), 1902.

Antécédents. — 36 ans.

Première grossesse ectopique. — Malade entrée avec le diagnostic de grossesse extra-utérine. Opération : la trompe droite est enlevée. La gauche est normale.

Intervalle. — 3 ans 1/2.

Deuxième grossesse ectopique. — En 1906. Opérée d'urgence. Récidive à gauche. Ablation de la trompe.

Obs. 17. — J. Okinczyc (**96**), 1902.

Antécédents. — 28 ans. Grossesse normale 4 ans auparavant.

Première grossesse ectopique. — Grossesse extra-utérine tubaire gauche. Opération.

Intervalle. — 18 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — En 1902. Crises douloureuses violentes dans le ventre. Au toucher, tumeur dans le cul-de-sac latéral droit. Opération. Adhérences nombreuses au moignon de la corne gauche. Rupture de la trompe droite. Ablation.

Obs. 18. — Wassmer (**151**), 1903.

Antécédents. — 32 ans. Quatre grossesses normales.

Première grossesse ectopique. — 25 mai 1897. Laparotomie pour rupture tubaire droite. Ablation. Annexes gauches saines.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Signes d'hémorragie interne. Laparotomie. Rupture de la trompe gauche. Ablation.

Obs. 19. — Kochmann, cité par Wassmer (**151**), 1903.

Antécédents. — 24 ans. Mariée depuis 7 ans, une fausse couche.

Première grossesse ectopique. — Rupture tubaire gauche. Opération.

Intervalle. — 6 ans. Une grossesse utérine intercalée.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive à droite. Adhérences péritonéales.

Obs. 20. — Fleichmann, cité par Wassmer (**151**), 1903.

Antécédents. — 36 ans.

Première grossesse ectopique. — Laparotomie pour grossesse extra-utérine gauche.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Amputation de la trompe droite rompue.

Obs. 21. — Frith, cité par Wassmer (**151**), 1903.

Antécédents. — 34 ans.

Première grossesse ectopique. — Rupture de la trompe gauche. Laparotomie. Castration.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Laparotomie. Fœtus de 3 mois 1/2. Rupture droite.

Obs. 22. — Ruder, cité par Wassmer (**151**), 1903.

Antécédents. — Mariée depuis 2 ans. 22 ans.

Première grossesse ectopique. — Hématosalpinx gauche. Laparotomie.

Intervalle. — 5 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Signes de grossesse tubaire droite, ne fut pas opérée.

Obs. 23. — Lwolff (**84**), 1903.

Antécédents. — 30 ans.

Première grossesse ectopique. — Malade présentant des signes de grossesse tubaire. Opération : castration.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération : castration.

Obs. 24. — Bœttger (**6**), 1903.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire droite. Opération.

Deuxième grossesse ectopique. — Grossesse tubaire gauche. Opération.

Obs. 25. — Reifferscheid (**118**), 1903.

Antécédents. — 25 ans.

Première grossesse ectopique. — Opérée en juin 1899 pour grossesse extra-utérine. Adhérences avec l'intestin et l'épiploon. Ablation des annexes droites. Les annexes gauches adhérentes sont mobilisées.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive en 1901. Ablation de tumeur annexielle droite. Fœtus en développement ectopique.

Obs. 26. — Reifferscheid (**118**), 1903.

Antécédents. — 32 ans.

Première grossesse ectopique. — En 1902. Signes de grossesse tubaire droite. Opération : ablation des annexes droites. Annexes gauches normales.

Intervalle. — Deux grossesses normales entre les deux ectopiques.

Deuxième grossesse ectopique. — Signes de grossesse tubaire gauche. Rupture. Opération : cœliotomie. Guérison.

Obs. 27. — Cohn (**26**), 1903.

Antécédents. — 36 ans. Un accouchement antérieur.

Première grossesse ectopique. — En 1898. Grossesse extra-utérine. Laparotomie. Amputation de la trompe gauche. Annexes droites normales.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive. Laparotomie. Fœtus de 7 centimètres. Amputation de la trompe droite. Guérison.

Obs. 28. — Cohn (**26**), 1903.

Antécédents. — 29 ans. Deux accouchements antérieurs. Un avortement.

Première grossesse ectopique. — 1901. Ablation de la trompe gauche par colpotomie.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Retard de règles. Hémorragie utérine. Opération le 13 janvier 1913. Laparotomie. Trompe droite gravide. Ablation.

Obs. 29. — Murphy (**93**), 1903.

Antécédents. — 27 ans.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire rompue à gauche. Castration unilatérale.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Mai 1903. Grossesse tubaire droite non rompue. Ablation. Guérison.

Obs. 30. — Zuntz (**169**), 1903.

Première grossesse ectopique. — Janvier 1900. Laparotomie. Ablation des annexes droites gravides.

Intervalle. — 3 ans. Un accouchement normal entre les deux grossesses.

Deuxième grossesse ectopique. — Pertes de sang. Retard de règles. Douleurs. Laparotomie. Rupture tubaire. Ablation des annexes gauches.

Obs. 31. — Zuntz (**169**), 1903.

Première grossesse ectopique. — Ablation d'une trompe gravide gauche.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Ablation des annexes du côté opposé à la suite d'une nouvelle grossesse rompue.

Obs. 32. — Zuntz (**169**), 1903.

Antécédents. — Deux ans avant la première grossesse ectopique, une grossesse utérine à terme.

Première grossesse ectopique. — Ablation de la trompe gauche pour rupture.

Intervalle. — 8 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Ablation de la trompe droite. Après grossesse extra-utérine rompue.

Observations. — Plusieurs avortements entre les deux grossesses extra-utérines. Gonococcie intercurrente.

Obs. 33. — Baldy (**7**), 1903.

Antécédents. — 26 ans.

Première grossesse ectopique. — Décembre 1901. Signes de grossesse extra-utérine. Rupture tubaire. Opération. Ablation.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération. Ablation des annexes gravides.

Obs. 34. — Dawson (**30**), 1903.

Antécédents. — 25 ans. Un enfant mort-né.

Première grossesse ectopique. — 1901. Ablation des annexes gauches gravides. Annexes droites recouvertes et adhérentes ; non libérées.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1903. Récidive du côté droit. Ablation des annexes droites. Pas d'adhérences.

Obs. 35. — Orthmann (**98**), 1903.

Antécédents. — 32 ans.

Première grossesse ectopique. — 1899. Colpotomie et extirpation des annexes droites gravides.

Intervalle. — 2 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Douleurs, perte de caduque. Opération abdominale le 20 février 1901. Grosse hématocèle rétro-utérine : castration gauche.

Obs. 36. — Orthmann (**98**), 1903.

Antécédents. — 30 ans. Un accouchement normal, dix ans auparavant.

Première grossesse ectopique. — Janvier 1898. Ablation de la trompe droite gravide.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Hématocèle, ablation des annexes gauches.

Obs. 37. — Lewers (**78**), 1904.

Antécédents. — 29 ans. Multipare.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire gauche. Laparotomie.

Intervalle. — 6 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Laparotomie pour grossesse tubaire. Avortement tubaire incomplet.

Obs. 38. — Cullingworth (**78**), (Discussion) 1904.

Première grossesse ectopique. — Opération en septembre 1898. Hématosalpinx enkysté à droite.

Intervalle. — 5 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Grossesse tubaire gauche. Opération. Guérison.

Obs. 39. — Lewers (**78**), 1904.

Antécédents. — 36 ans. Mariée depuis 6 ans. Trois accouchements. Le dernier depuis 5 ans.

Première grossesse ectopique. — 1901. Etat de collapsus. Opération. Epanchement de sang dans le ventre. Rupture tubaire gauche. Guérison.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1903. En septembre, de nouveau signes d'inondation péritonéale. On trouve à l'opération une rupture de la trompe droite.

Obs. 40. — Harris (**46**), 1904.

Antécédents. — 26 ans. Deux enfants. Pas de fausse couche. Le dernier il y a 7 ans.

Première grossesse ectopique. — Le 20 mai 1903, rupture de grossesse tubaire. Laparotomie. Guérison. Fœtus de 10 pouces de long.

Intervalle. — 1 an. Très bien réglée dans l'intervalle.

Deuxième grossesse ectopique. — En 1904. Laparotomie pour grossesse tubaire gauche. Ablation. Guérison.

Obs. 41. — Harris (**47**), 1904.

Antécédents. — Quatre accouchements antérieurs.

Première grossesse ectopique. — 1896. Signes de grossesse ectopique. Laparotomie. Hématocèle. Guérison.

Intervalle. — 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Laparotomie pour grossesse extra-utérine du côté opposé. Guérison.

Obs 42. — Harris (**47**), 1904.

Antécédents. — 30 ans. Un accouchement antérieur.

Première grossesse ectopique. — 1899. Grossesse extra-utérine droite. Laparotomie. Ablation.

Intervalle. — 8 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Rupture de grossesse tubaire du côté opposé. Laparotomie. Trompe gauche rompue.

Obs. 43. — Ulmann (**148**), 1904.

Antécédents. — 29 ans. Deux accouchements normaux. 6 et 4 ans auparavant. Pas de fausse couche.

Première grossesse ectopique — Retard de règles. Masse annexielle gauche. Opération vaginale. Colpotomie.

Intervalle. — 4 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive rapide du côté droit. Opération vaginale de l'utérus et des annexes droites contenant l'œuf.

Obs. 44. — Sturmer (**144**), 1904.

Antécédents. — 33 ans. 3 enfants. Une fausse couche.

Première grossesse ectopique. — 1897. Grossesse tubaire gauche rompue. Laparotomie. Rupture tubaire gauche. Annexes droites saines.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1901. Retard. Douleurs abdominales. Métrorragies. Opération. Ablation d'un kyste tubaire droit rompu.

Obs. 45. — Sturmer (**144**), 1904.

Antécédents. — 35 ans. 3 enfants.

Première grossesse ectopique. — En 1901. Violente douleur dans le ventre. Laparotomie. Ablation des annexes droites rompues.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Ablation des annexes gauches pour récidive de grossesse tubaire.

Obs. 46. — Lejars (**74**), 1904.

Antécédents. — 35 ans. Un accouchement antérieur.

Première grossesse ectopique. — Opérée d'une grossesse extra-utérine droite rompue.

Intervalle. — 6 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Avril 1904. Retard de 3 semaines. Perte très abondante et douloureuse. Ventre ballonné, douloureux. Au toucher, tumeur annexielle gauche. Opération. Nombreux caillots. Kyste fœtal gauche. Hystérectomie supra-vaginale.

Obs. 47. — Lejars (**74**), 1904.

Antécédents. — 31 ans.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire gauche rompue.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — En 1903. Tous les signes d'une nouvelle grossesse. Rupture de la trompe du côté opposé. Hystérectomie.

Obs. 48. — Lejars (**74**), 1904.

Antécédents. — 28 ans.

Première grossesse ectopique. — Janvier 1903. Grossesse tubaire droite, avec inondation. Opération d'urgence.

Intervalle. — 4 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — En mai 1903. Nouvelle inondation péritonéale par rupture de grossesse tubaire gauche. Guérison.

Obs. 49. — Woff (**165**), 1904.

Antécédents. — Un accouchement normal antérieur.

Première grossesse ectopique. — Entre à l'hôpital avec douleurs abdominales et pertes sanguines. 3 jours après : opération. Rupture de grossesse tubaire droite. Castration unilatérale.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Nouvelle grossesse ectopique à gauche. Opération. Guérison.

Obs. 50. — Woff (**165**), 1904.

Antécédents. — 35 ans. 5 accouchements normaux.

Première grossesse ectopique. — Première grossesse ectopique à droite, opérée. Salpingectomie.

Intervalle. — 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Deuxième grossesse ectopique à gauche. Salpingectomie.

Obs. 51. — Woff (**165**), 1904.

Antécédents. — 30 ans. Jamais d'accouchement, ni de fausse couche.

Première grossesse ectopique. — Laparotomie pour grossesse tubaire enkystée à droite.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Hématocèle cataclysmique. Rupture de la trompe gauche. Opération d'urgence.

Obs. 52. — Orloff. *Ruskii Vratch*, Pétrograde, 1904, III, 1435.

Antécédents. — 31 ans. Mariée depuis 14 ans, un accouchement normal. Un curettage après accouchement.

Première grossesse ectopique. — Retard de règles de 2 mois 1/2. Opération : salpingectomie.

Deuxième grossesse ectopique. — Retard de 3 mois. Perte de caduque. Opération. Rupture droite, anciennes adhérences nombreuses.

Obs. 53. — Lawrence (**71**), 1904.

Antécédents. — 26 ans, mariée depuis 3 ans.

Première grossesse ectopique. — Le 3 mai 1902. On trouve à gauche de l'utérus une masse annexielle. On soupçonne une grossesse tubaire qui augmente de volume ensuite, ce qui confirme le diagnostic. Opération le 4 mai : ablation de la trompe gravide.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — En juin 1904, nouveaux symptômes de grossesse ectopique. Opérée le 27 juillet et ablation de la trompe droite.

Obs. 54. — Law (**70**), 1904.

Première grossesse ectopique. — Femme opérée en mars 1897 pour grossesse tubaire.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1901. Présente les signes d'une hématocèle cataclysmique. Mort. A l'autopsie on trouve une rupture tubaire.

Obs. 55. — Lesse (**77**), 1905.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire droite. Opération : castration unilatérale.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Depuis six semaines présente des pertes concordant avec retard des règles antérieures. On ouvre le ventre ; rupture tubaire du côté opposé.

Obs. 56. — Lesse (**77**), 1905.

Première grossesse ectopique. — Pertes de sang et retard. Opérée en 1903 : grossesse tubaire droite. On se contente d'enlever les caillots et on laisse la trompe en place.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — 1904. Grossesse tubaire rompue à gauche. Ablation de l'ovaire et trompe gauche. La trompe droite est normale.

Obs. 57. — Stevens (**141**), 1905.

Antécédents. — 30 ans.

Première grossesse ectopique. — Grossesse extra-utérine opérée.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération abdominale. Castration.

Obs. 58. — Kerr (**59**), 1905.

Antécédents. — 27 ans.

Première grossesse ectopique. — Histoire classique de grossesse tubaire. Rupture. Opération. Guérison.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération : castration.

Obs. 59. — Royster (**127**), 1905.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire opérée.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération abdominale : salpingectomie.

Obs. 60. — Brouha (**16**), 1905.

Antécédents. — 25 ans. Mariée à 20 ans. Aucun passé génital, une fausse couche.

Première grossesse ectopique. — Retard de règles, suivi de pertes de sang et de douleurs abdominales et de syncope. Opération. Ablation des annexes gauches rompues.

Intervalle. — Un an 1/2.

Deuxième grossesse ectopique. — Nouvelle suspension de règles. Laparotomie. Hématocèle. Ablation des annexes droites.

Obs. 61. — Gifford Nash (**95**), 1905.

Première grossesse ectopique. — Première grossesse. Rupture de la trompe gauche. Ablation, ainsi que l'ovaire.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Rupture de la trompe droite. Ablation. Signes identiques à la première grossesse.

Obs. 62. — Liell (**82**), 1905.

Antécédents. — 38 ans. Deux enfants à terme. Il y a 6 ans, a eu une rétroversion utérine pour laquelle on lui a fait une ventrofixation.

Première grossesse ectopique. — 1902. Rupture de grossesse

extra-utérine. Laparotomie. Guérison. Ablation de la trompe gauche. Tumeur annexielle grosse comme une mandarine.

Intervalle. — 2 ans 8 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Diagnostic de grossesse tubaire non rompue. Laparotomie. Ablation de la trompe droite.

Observations. — L'auteur incrimine les deux grossesses tubaires à la faute du procédé de ventrofixation.

Obs. 63. — Delezenne (**31**), 1906.

Antécédents. — 25 ans. Un enfant à 20 ans.

Première grossesse ectopique. — 1904. Grossesse tubaire gauche de 3 mois. Guérison après ablation des annexes malades.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1er janvier 1906. Signes de grossesse tubaire. Laparotomie. Grossesse tubaire droite. Guérison.

Obs. 64. — Sauvé (**130**), 1906.

Antécédents. — 26 ans. Réglée à 17 ans. Un accouchement il y a 7 ans.

Première grossesse ectopique. — A la suite d'un retard d'une quinzaine, douleurs violentes dans le bas-ventre. Colpotomie.

Intervalle. — 5 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Douleurs violentes dans le bas-ventre et retard. Laparotomie médiane. Trompe gauche rompue. Ablation.

Obs. 65. — Sauvé (**130**), 1906.

Antécédents. — 35 ans.

Première grossesse ectopique. — Hématocèle enkystée consécutive à rupture de grossesse tubaire droite. On laisse la poche en place.

Intervalle. — 16 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Signes péritonéaux graves. Ouverture du ventre. Hématocèle cataclysmique. Rupture tubaire gauche.

Obs. 66. — Soutchinsky (**137**), 1906.

Antécédents. — 26 ans.

Première grossesse ectopique. — Première opération en mai 1901. Trompe droite rompue. Ablation.

Intervalle. — 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Août 1904. Arrêt des règles en juillet. Col mou. Masse en arrière. Opération en septembre. Rupture tubaire gauche. Nombreuses adhérences.

Obs. 67. — Soutchinsky (**137**), 1906.

Antécédents. — 34 ans.

Première grossesse ectopique. — 2 enfants. Laparotomie en 1900. On enlève la trompe droite contenant un fœtus de 4 centimètres.

Intervalle. — 6 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Rupture de grossesse tubaire du côté opposé. Laparotomie. Guérison.

Obs. 68. — Stone (**143**), 1906.

Antécédents. — 27 ans.

Première grossesse ectopique. — Opérée une première fois en avril 1906 pour grossesse extra-utérine à droite.

Intervalle. — 6 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Nouvelle grossesse ectopique du côté opposé.

Obs. 69. — Henrotay (**55**), 1906.

Antécédents. — 24 ans.

Première grossesse ectopique. — Première grossesse en 1903 au tiers externe de la trompe gauche. Rupture survenue vers la 6e semaine. Opération : castration unilatérale.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — En février 1907. Pertes de sang, puis douleurs abdominales avec tendances syncopales. Signes d'hémorragie interne. Opération : ablation de la trompe. On laisse l'ovaire.

Obs. 70. — Bristow (**15**), 1906.

Antécédents. — 26 ans.

Première grossesse ectopique. — Première grossesse extra-utérine à droite. Opération abdominale. Guérison.

Intervalle. — 5 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération. Guérison.

Obs. 71. — Rowce (**128**), 1906.

Antécédents. — 26 ans. Mariée, un accouchement il y a 6 ans.

Première grossesse ectopique. — Douleurs et pertes sanguines. Diagnostic de rupture tubaire. Opération. Trompe droite rompue. OEuf dans l'abdomen. On se contente d'enlever les caillots. On laisse en place trompe et ovaire très adhérents.

Intervalle. — 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Août 1906. Retard de règles. Brusquement collapsus avec douleurs abdominales. Opération. Rupture de la trompe *gauche*. Ablation.

Observations. — La trompe et l'ovaire droits non enlevés la première fois sont très adhérents. On les laisse en place également la deuxième fois.

Obs. 72. — Allen (**2**), 1906.

Antécédents. — 36 ans.

Première grossesse ectopique. — Le 7 décembre 1904, opérée d'une grossesse tubaire gauche. Ablation des annexes correspondantes.

Intervalle. — 1 an 2 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — En février 1906. Récidive à droite. Opération : pas d'adhérences avec l'intestin. Ablation des annexes droites.

Obs. 73. — Purslow (**115**), 1906.

Antécédents. — 27 ans. Mariée depuis 6 ans.

Première grossesse ectopique. — 1903. Diagnostic de rupture tubaire Opérée par voie vaginale le 17 janvier. Hémorragie. On continue par la voie haute et on enlève la trompe droite.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Deuxième attaque en mai 1904. Grossesse tubaire gauche. Laparotomie. Nombreuses adhérences. La trompe gauche est enlevée.

Obs. 74. — Phillips (**104**), 1907.

Antécédents. — 33 ans. Mariée depuis 3 ans. Sans enfants.

Première grossesse ectopique. — Opérée en décembre 1896 pour une grossesse extra-utérine de la trompe droite.

Intervalle. — 10 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Juin 1906. Hématocèle cataclysmique. Opération : Nombreuses adhérences de l'intestin et de l'épiploon très difficiles à séparer. Ablation de la trompe gauche.

Obs. 75. — Stark (**140**), 1907.

Première grossesse ectopique. — 10 avril 1907. Opérée pour un avortement tubaire droit. Ablation de la trompe.

Intervalle. — 6 mois 1/2.

Deuxième grossesse ectopique. — En novembre, nouvelle grossesse ectopique. Rupture de la trompe. Opération : salpingectomie.

Obs. 76. — Moran (**91**), 1907.

Antécédents. — 34 ans. Mariée depuis avril 1898. Règles régulières.

Première grossesse ectopique. — Décembre 1896. Rupture de grossesse tubaire. Opération. Ablation des ovaires et trompe droits.

Intervalle.— 8 ans. Deux accouchements entre les deux grossesses ectopiques.

Deuxième grossesse ectopique. — Février 1906. Signes de nouvelle grossesse ectopique. Opération en avril.

Obs. 77. — Mc Donnell (**88**), 1907.

Première grossesse ectopique. — Malade opérée une première fois pour rupture de grossesse tubaire.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération. Guérison.

Obs. 78. — Filhoulaud (37), 1907.

Antécédents. — 30 ans. 5 enfants dont 3 mort-nés.

Première grossesse ectopique. — En 1903. Retard de 5 à 6 semaines, puis douleurs et métrorragies. Ablation des annexes droites.

Intervalle. — 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1906. Même histoire clinique. Par le toucher on sent une collection assez volumineuse et dure. Opération : ablation des annexes gauches et de l'utérus.

Obs. 79. — Filhoulaud (37), 1907.

Antécédents. — 31 ans. 3 grossesses.

Première grossesse ectopique. — En 1902, grossesse extra-utérine. Opération, castration unilatérale.

Intervalle. — 5 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — En 1907. Hématosalpinx gauche. Ablation.

Obs. 80. — Villandre, in Th. Filhoulaud (37).

Antécédents. — 31 ans. Fausses couches antérieures.

Première grossesse ectopique. — Signes de grossesse ectopique en novembre 1905. Opération : ablation des annexes gauches malades. Les annexes droites sont saines.

Intervalle. — 6 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Hémorragie intra-abdominale par rupture tubaire. Kyste fœtal droit rompu. Fœtus de 2 mois. Salpingectomie.

Obs. 81. — Dartigues, in Th. Filhoulaud (29).

Antécédents. — 28 ans. Règles à 14 ans. 4 enfants à terme.

Première grossesse ectopique. — Opérée de grossesse extra-utérine. Trompe droite rompue enlevée. Trompe gauche saine laissée.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — En février 1907. Douleurs dans le côté gauche du ventre. Au toucher, masse volumineuse. Opération. Rupture tubaire. Hystérectomie.

Obs. 82. — Kuppenheim (**62**), 1907.

Antécédents. — Un accouchement quatre ans auparavant.

Première grossesse ectopique. — Retard de règles, puis pertes irrégulières. Au toucher à gauche une masse grosse comme une pomme ronde et rénitente. Opération : Ablation d'une grossesse ectopique non rompue.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — En 1898. Signes de grossesse tubaire. Colpotomie postérieure qui donne issue à du sang et à un fœtus de 3 mois. Mort 24 heures après.

Obs. 83. — Kuppenheim (**62**), 1907.

Antécédents. — 30 ans. Aucun antécédent génital.

Première grossesse ectopique. — En 1899. Grossesse tubaire gauche. Opération. Fœtus macéré.

Intervalle. — 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Aménorrhée depuis 2 mois. A droite on sent une grosseur comme une pomme. Opération : ablation de la trompe droite.

Obs. 84. — Kuppenheim (**62**), 1907.

Antécédents. — 26 ans. A 22 ans un avortement, à 23 un accouchement normal.

Première grossesse ectopique. — Signes de grossesse tubaire. Opérée par colpotomie, issue de sang coagulé.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Après un retard de règles. On trouve une masse grosse comme une pomme. Opération. Tumeur fœtale adhérente à l'épiploon à gauche. Ablation de la trompe gauche.

Observations. — Les annexes droites étaient perdues au milieu d'adhérences.

Obs. 85. — De Rouville (**123**), 1908.

Antécédents. — 38 ans. 3 grossesses normales.

Première grossesse ectopique. — Entrée le 2 juillet 1903 pour dou-

leurs abdominales. Laparotomie le 10 juillet. Grossesse tubaire gauche : cœliotomie.

Intervalle. — 5 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive en juillet 1908. Hémorragies utérines, douleurs pelviennes. Tumeur molle douloureuse du cul-de-sac droit. Laparotomie. Ablation des annexes droites. Fœtus de 13 centimètres.

Obs. 86. — Barkley (**9**), 1908.

Première grossesse ectopique. — Opérée une première fois de rupture de trompe gravide.

Deuxième grossesse ectopique. — Deuxième grossesse ectopique du côté opposé. Opération. Guérison.

Obs. 87. — Chavannaz (**20**), 1908.

Première grossesse ectopique. — Ablation unilatérale des annexes pour grossesse tubaire.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération : salpingectomie.

Obs. 88. — Bégouin (**20**), 1908.

Première grossesse ectopique. — Trompe gravide rompue. Ablation. La trompe opposée avait paru saine.

Intervalle. — 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération : salpingectomie.

Obs. 89. — Chueco (**23**), 1908.

Antécédents. — 31 ans. Règles irrégulières.

Première grossesse ectopique. — Avril 1902. Douleurs. Retard. Métrorragies. Opération : ablation du kyste fœtal.

Intervalle. — 6 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Avril 1908. Hématocèle cataclysmique. Opération d'urgence. Salpingectomie.

Obs. 90. — Chueco (**23**), 1908.

Antécédents. — 28 ans.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire. Rupture. Laparotomie médiane. Salpingectomie.

Intervalle. — 6 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Rupture du bord libre de la trompe du côté opposé. Ablation.

Obs. 91. — Chueco (**23**), 1908.

Antécédents. — 26 ans.

Première grossesse ectopique. — Décembre 1906. Grossesse tubaire. Opération. Ablation de la trompe.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive en décembre 1907 du côté opposé. Ablation de la trompe.

Obs. 92. — Chueco (**23**), 1908.

Antécédents. — 29 ans.

Première grossesse ectopique. — Octobre 1898. Signes de grossesse tubaire. Douleurs dans le ventre. Nausée, vomissements, métrorragies. Non opérée.

Intervalle. — 5 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Signes classiques de rupture tubaire. Opération. Castration complète.

Obs. 93. — Chueco (**23**), 1908.

Antécédents. — 27 ans.

Première grossesse ectopique. — Septembre 1905. Ablation de la trompe droite pour rupture.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Octobre 1907. Récidive du côté opposé. Nombreuses adhérences. Petit embryon de un mois 1/2.

Obs. 94. — Chueco (**23**), 1908.

Antécédents. — 21 ans.

Première grossesse ectopique. — Février 1903. Laparotomie et ablation d'une trompe gravide.

Intervalle. — 3 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — En mai 1903, récidive. Nouvelle intervention : hystérectomie.

Obs. 95. — Albertin et Desgouttes (1), 1909.

Antécédents. — 24 ans. Pas d'accouchement, pas de fausse couche.

Première grossesse ectopique. — Opérée d'hématocèle suite d'une grossesse tubaire gauche.

Intervalle. — 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Opérée en 1908 d'une grossesse tubaire droite rompue. La trompe du côté gauche n'avait pas été enlevée complètement.

Obs. 96. — Albertin et Desgouttes (1), 1909.

Antécédents. — 25 ans.

Première grossesse ectopique. — Hématocèle. Rupture tubaire droite. Opération. Salpingectomie.

Intervalle. — 18 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive. Rupture tubaire gauche. Nombreuses adhérences. Hystérectomie subtotale.

Obs. 97. — Albertin et Desgouttes (1), 1909.

Antécédents. — 35 ans.

Première grossesse ectopique. — Hématocèle en 1902. Ablation par colpotomie des annexes gauches.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive en 1906. Laparotomie. Nombreuses adhérences. Ablation des annexes droites.

Obs. 98. — Albertin et Desgouttes (1), 1909.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire. Colpotomie le 30 octobre 1905. Ablation de l'ovaire et de la trompe droite.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — En 1906, grossesse tubaire gauche. Laparotomie. Hystérectomie abdominale subtotale (Adhérences).

Obs. 99. — Wiener (**163**), 1909.

Antécédents. — 30 ans.

Première grossesse ectopique. — Signes de grossesse extra-utérine. Opération : castration unilatérale.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Deuxième opération : On trouve une nouvelle grossesse extra-utérine avec kyste de l'ovaire. Ablation.

Obs. 100. — Lihotzky (**81**), 1909.

Antécédents. — 31 ans.

Première grossesse ectopique. — Rupture de la trompe droite. Opération : salpingectomie.

Intervalle. — 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Nouvelle grossesse ectopique se présentant de la même façon que la première. Opération. Embryon de 6 à 7 semaines sur la partie moyenne de la trompe. Castration.

Obs. 101. — Rosenstein (**125**), 1910.

Antécédents. — 30 ans.

Première grossesse ectopique. — Retard de règles. Pertes de sang. Douleurs abdominales. Non opérée.

Intervalle. — 5 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Opérée d'urgence d'hématocèle cataclysmique.

Obs. 102. — Rosenstein (**125**), 1910.

Antécédents. — 37 ans. Un avortement.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire. Laparotomie Ablation des annexes droites.

Intervalle. — Un an 3 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté gauche. Colpotomie.

Obs. 103. — Rosenstein (125), 1910.

Antécédents. — 35 ans.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire. Opération : ablation des annexes droites. Annexes gauches saines.

Intervalle. — 6 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté gauche. Opération : salpingectomie.

Obs. 104. — Rosenstein (125), 1910.

Antécédents. — 32 ans.

Première grossesse ectopique. — En 1907. Retard de 14 jours, puis douleurs et pertes. Laparotomie. Ablation des annexes gauches.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — En 1909. Signes de grossesse ectopique avec tumeur annexielle droite. Ablation de la trompe droite. On laisse l'ovaire.

Obs. 105. — Siefart (132), 1910.

Antécédents. — 34 ans. Mariée depuis 12 ans.

Première grossesse ectopique. — Grossesse extra-utérine en novembre 1905. Hématocèle. Colpotomie.

Intervalle. — 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive en 1908. Opérée par la voie haute.

Obs. 106. — Siefart (132), 1910.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire opérée en juin par l'abdomen. Ablation de la trompe malade. On constate que la trompe du côté opposé est saine.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Signes analogues à la première grossesse, mais traitée par l'expectative.

Obs. 107. — Kutz (63), 1910.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire gauche. Laparotomie. Ablation des annexes malades.

Intervalle. — 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — En janvier 1910, récidive du côté droit. Opération. Rupture de la trompe. Ablation. Embryon de 5 semaines.

Obs. 108. — Gerschun (**43**), 1910.

Antécédents. — 30 ans. Un accouchement avant terme à 7 mois. Deux accouchements normaux. Un avortement.

Première grossesse ectopique. — 1903. En septembre douleurs. Dernières règles depuis 7 semaines. Utérus antéfléchi. Tumeur juxta-utérine. Opération. Hématocèle à droite. Annexes gauches sont normales.

Intervalle. — 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1906. Dernières règles depuis 2 mois. Douleurs dans le ventre. Opération : ablation des annexes gauches. Rien d'anormal du côté antérieurement opéré.

Obs. 109. — Gerschun (**43**), 1910.

Antécédents. — 29 ans. Trois accouchements normaux. Deux avortements.

Première grossesse ectopique. — 1906. Retard de règles. Opération : annexes gauches enlevées. Trompe droite normale.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Pertes de sang ; utérus en antéflexion. A droite tumeur élastique grosse comme une pomme. Opération : laparotomie. Sang coagulé dans le ventre. Ablation de la trompe droite.

Obs. 110. — Proust et Bender (**108**), 1910.

Antécédents. — 24 ans.

Première grossesse ectopique. — Opérée le 15 décembre 1908 d'une hématocèle par rupture de la trompe droite. Résection de la trompe malade.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — 18 janvier 1910. Retard de règles. Petite masse dans le cul-de-sac latéral gauche. Opération. Trompe gravide, mais non rompue. Résection.

Obs. 111. — Smith (133), 1911.

Antécédents. — 31 ans. Aucun accouchement ni avortement.

Première grossesse ectopique. — 1905. Allures cliniques atypiques de la grossesse ectopique. On enlève la trompe gauche rompue. Annexes droites paraissent saines.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — 1906. Nouvelle grossesse ectopique. Intervention : épiploon adhérent. Ablation de la trompe droite rompue. Nombreuses adhérences.

Obs. 112. — Smith (133), 1911.

Antécédents. — 31 ans. Un enfant.

Première grossesse ectopique. — 1905. Signes de grossesse ectopique avec rupture ; on enlève par laparotomie les annexes droites. Les annexes gauches sont d'apparence normale.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Ablation de la trompe gauche rompue.

Obs. 113. — Smith (133), 1911.

Antécédents. — 28 ans.

Première grossesse ectopique. — Histoire typique de grossesse ectopique. Opérée en octobre 1908. Fœtus de deux mois. Ablation de la trompe gauche. Quelques adhérences que l'on libère à droite.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — En novembre 1910, nouvelle grossesse ectopique de deux mois. Ablation de la trompe droite.

Obs. 114. — Smith (133), 1911.

Antécédents. — 52 ans.

Première grossesse ectopique. — Première opération en novembre 1909. Ablation de l'ovaire et de la trompe droite rompue. Annexes gauches normales.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Rupture de la trompe gauche en novembre 1910. Hystérectomie supra-vaginale.

Obs. 115. — Chipmann (133), 1911.

Antécédents. — Pas de grossesses antérieures.
Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire. Opération.
Intervalle. — 9 mois.
Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération.

Obs. 116. — Chipmann (133), 1911.

Antécédents. — Un accouchement normal antérieur.
Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire. Opération.
Intervalle. — 13 mois.
Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération.

Obs. 117. — Thompson (133), 1911.

Antécédents. — 34 ans. 4 enfants.
Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire. Opération.
Intervalle. — 2 ans.
Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération.

Obs. 118. — Thompson (133), 1911.

Antécédents. — 28 ans, pas d'enfants.
Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire. Opération.
Intervalle. — 4 ans.
Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération.

Obs. 119. — Thompson (133), 1911.

Antécédents. — 27 ans. Pas d'enfants.
Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire. Opération.
Intervalle. — 1 an.
Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération.

Obs. 120. — Velter (160), 1911.

Antécédents. — 27 ans. Réglée à 16 ans. 1896, un avortement de 6 à 7 mois. 1897, avortement de 4 mois.

Première grossesse ectopique. — 28 septembre 1903. Grossesse tubaire droite, hématocèle. Ablation des annexes droites.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1905. Perte très abondante. Douleur dans l'hypochondre gauche. Masse à gauche. Ablation des annexes gauches.

Obs. 121. — Velter (160), 1911.

Antécédents. — 26 ans. Réglée à 16 ans. Un accouchement normal en 1903.

Première grossesse ectopique. — 1904. Signes de grossesse tubaire droite. Opération : ablation des annexes droites. Les annexes gauches examinées sont normales.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1908. Pertes de sang et douleurs. Tumeur para-utérine à gauche. Opération. Epanchement de sang dans le Douglas. Ablation des annexes gauches.

Obs. 122. — Velter (160), 1911.

Antécédents. — 28 ans. Réglée à 14 ans. 4 accouchements normaux.

Première grossesse ectopique. — 1908. Grossesse tubaire gauche. Opération. Ablation des annexes gauches. Les annexes du côté droit sont un peu altérées.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — 1909. Retard de règles de un mois. Pertes de sang. Opération : rupture tubaire. Salpingectomie.

Observations. — Annexes du côté opposé un peu altérées au cours de la première intervention.

Obs. 123. — Velter (160), 1911.

Antécédents. — Deux accouchements normaux. Gonorrhée.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire droite. Hématocèle. Castration unilatérale.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive à gauche. Salpingectomie.

Obs. 124. — Velter (160), 1911.

Antécédents. — 27 ans. Réglée à 17 ans. Un avortement en 1905.

Première grossesse ectopique. — 1907. Retard de règles. Tumeur annexielle droite. Salpingectomie droite.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — 1908. Récidive à gauche. Opération. Adhérences nombreuses.

Obs. 125. — Oliver (97), 1911.

Antécédents. — 28 ans. Mariée depuis 5 ans.

Première grossesse ectopique. — Avril 1911. Aménorrhée, puis hémorragies vaginales abondantes. Palpation de l'abdomen très douloureuse et presque impossible. Laparotomie : ablation de la trompe gauche.

Intervalle. — 6 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Novembre 1911. Menstruations régulières jusqu'en août. Retard jusqu'en novembre. Signes de grossesses extra-utérines évidents. 2e opération. Adhérences. La trompe droite et l'ovaire furent enlevés.

Obs. 126. — Chiavellati (21), 1911.

Antécédents. — 32 ans. Réglée à 21 ans. Règles fréquentes et abondantes. Un avortement de 3 mois.

Première grossesse ectopique. — 1908. Douleurs abdominales après retard de règles. Opération. A droite sac fœtal inclus dans le ligament large. Ablation des annexes droites et de l'appendice.

Intervalle. — 5 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Retard de règles. Douleurs persistantes abdominales. Toucher vaginal. Tumeur annexielle gau-

che. Opération. Adhérences de l'épiploon et de l'intestin. Ablation d'un sac fœtal gauche.

Obs. 127. — Rabinowitz (**117**), 1911.

Antécédents. — 34 ans. Mariée depuis 16 ans. Ayant un enfant de 15 ans.

Première grossesse ectopique. — 1906. Rupture de grossesse tubaire. Trompe et ovaire droits enlevés au cours de la laparotomie.

Intervalle. — 5 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1911. Retard de 6 semaines avec douleurs abdominales. Au toucher : masse annexielle gauche. Laparotomie : castration gauche.

Obs. 128. — Rabinowitz (**117**), 1911.

Antécédents. — 37 ans. Mariée depuis 10 ans. 6 enfants et 2 fausses couches.

Première grossesse ectopique. — 1907. Première grossesse ectopique à gauche opérée d'urgence.

Intervalle. — 1 an et 8 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Douleurs abdominales avec pertes sanguines. Grossesse tubaire droite. Opération : salpingectomie.

Obs. 129. — Frank (**39**), 1911.

Antécédents. — 33 ans.

Première grossesse ectopique. — 1902. Opérée d'une grossesse extra-utérine droite au deuxième mois. Extirpation des annexes droites.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1906. Retard de règles. Deuxième laparotomie. Rupture de la trompe gauche. Ablation.

Obs. 130. — Frank (**39**), 1911.

Antécédents. — 29 ans. Un accouchement. Un avortement. Aucune gonorrhée.

Première grossesse ectopique. — Décembre 1907. Première la-

parotomie pour grossesse ectopique. Ablation des annexes gauches.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Janvier 1909. Deuxième laparotomie. Excision de la trompe droite gravide et rompue.

Obs. 131. — Frank (**39**), 1911.

Antécédents. — 28 ans. Aucun accouchement. Aucun avortement.

Première grossesse ectopique. — Août 1910. Rupture de la trompe. Ablation des annexes gauches.

Intervalle. — 4 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Décembre 1910. Hématocèle cataclysmique. Castration droite.

Observations. — Intervalle très court entre les deux grossesses.

Obs. 132. — Wesenberg (**162**), 1911.

Antécédents. — 34 ans. Mariée depuis 10 ans. Pas de grossesse.

Première grossesse ectopique. — Juillet 1910. Pas de règles depuis 5 semaines. Douleurs à l'hypochondre gauche. Laparotomie. Ablation de la trompe gauche rompue. Du côté droit, la trompe est kystique, dilatée et obturée, on fait une salpingostomie.

Intervalle. — Un an 3 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Septembre 1911. Annexes droites volumineuses. Ecoulement sanguin. Laparotomie. Rupture tubaire. Ablation de la trompe et de l'ovaire droits.

Obs. 133. — Leriche, in th. Bouchet (**13**), 1912.

Antécédents. — 37 ans.

Première grossesse ectopique. — Mai 1911. Signes de grossesse tubaire avec inondation. Rupture de la trompe gauche. Salpingectomie.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Rupture de la trompe droite. Laparotomie. Ablation.

Obs. 134. — Leriche, in th. Bouchet (**13**), 1912.

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Mariée à 18 ans. Une fille de 7 ans. 29 ans.

Première grossesse ectopique. — En octobre 1908-09. La malade présente des signes de grossesse extra-utérine, mais ne fut pas opérée.

Intervalle. — 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — En 1912. Grossesse tubaire de 2 mois 1/2. Hématocèle. Trompe droite rompue. Trompe gauche profondément altérée. Hystérectomie.

Obs. 135. — Delore, in th. Bouchet (**13**), 1912.

Antécédents. — 31 ans.

Première grossesse ectopique. — Opérée en 1891 pour hématocèle. Colpotomie.

Deuxième grossesse ectopique. — Ablation de la trompe droite pour hématocèle cataclysmique.

Obs. 136. — Delore, in th. Bouchet (**13**), 1912.

Antécédents. — 34 ans.

Première grossesse ectopique. — En février 1904. Rupture de la trompe gauche. Laparotomie. Ablation.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — En 1906. Rupture tubaire droite. Morte avant l'intervention.

Obs. 137. — Moreau (**92**), 1912.

Antécédents. — Réglée à 16 ans. Une fausse couche.

Première grossesse ectopique. — Opérée d'urgence le 18 septembre 1910 pour hématocèle. Ablation d'ovaire et trompe gauches. Annexes droites normales.

Intervalle. — 18 mois. Gonococcie.

Deuxième grossesse ectopique. — Le 16 juillet 1912. Nouvelle grossesse tubaire qui se termine par hématocèle. Opération : ablation des annexes droites.

Obs. 138. — Mee Murty (**89**), 1912.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire droite. Opération : castration unilatérale. Guérison.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération. Guérison.

Obs. 139. — Maldener Kempten (**86**), 1912.

Antécédents. — 31 ans.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire gauche. Laparotomie. Salpingectomie. Annexes droites non examinées au cours de l'intervention.

Intervalle. — 7 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Grossesse tubaire droite. Laparotomie, Salpingectomie.

Obs. 140. — Maldener Kempten (**86**), 1912.

Antécédents. — 27 ans.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire gauche. Opération : salpingectomie.

Intervalle. — 6 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Grossesse tubaire droite. Salpingectomie.

Obs. 141. — Maldener Kempten (**86**), 1912.

Antécédents. — 24 ans.

Première grossesse ectopique. — Avortement tubo-péritonéal. Opération : castration gauche.

Intervalle. — 3 ans 1/2.

Deuxième grossesse ectopique. — Rupture des annexes droites. Salpingectomie.

Observations. — Au cours de la première intervention, on avait remarqué entre l'utérus et l'ovaire droit des adhérences.

Obs. 142. — Penkert (**100**), 1912.

Antécédents. — 27 ans. Aucune gonorrhée.

Première grossesse ectopique. — 1910. Rupture tubaire droite. Colpotomie, puis ablation de la trompe droite.

Intervalle. — 9 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — 1911. Hématocèle péri-utérine. Rupture tubaire gauche.

Obs. 143. — Stœckel (**138**), 1912.

Première grossesse ectopique. — Laparotomie pour grossesse tubaire gauche.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Grosse hématocèle droite. Laparotomie. Ablation de la trompe.

Obs. 144. — Lambert, Oui et Prouvost, *Bull. Soc. obst.* (**68**),1912.

Antécédents. — 33 ans. Mariée en mai 1901. Premier accouchement au 8e mois 1903. Soignée pour salpingite. Deuxième accouchement à terme en 1906. Troisième accouchement à terme en 1908.

Première grossesse ectopique. — Quatrième grossesse en 1909. Tubaire gauche. Pas de règles en avril. A plusieurs reprises, crises douloureuses dans le ventre. En mai, perte de sang noirâtre, expulsion de caduque. Laparotomie le 27 mai. Castration droite.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Cinquième grossesse. Tubaire droite, en 1910. Grossesse de 2 mois. Opérée en août. Adhérences épiploïques. On enlève la trompe en laissant l'ovaire en place.

Observations. — Salpingite antérieure. Sœur opérée de grossesse tubaire.

Obs. 145. — Oui, *Bull. Soc. obst.* (**68**), 1912.

Première grossesse ectopique. — 1909. Signes de grossesse tubaire. Laparotomie. 14 janvier 1909. Castration gauche.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — 1910. Dernières règles en janvier. 7 avril. Douleurs violentes dans le ventre. Suintement sanguin. Trompe droite volumineuse. Diagnostic : grossesse tubaire droite. Expulsion de caduque. Formation d'un hématosalpinx. Salpingectomie et enkystement.

Observations. — Non opérée la deuxième fois.

Obs. 146. — Van Lingen (**154**), 1913.

Antécédents. — 26 ans.

Première grossesse ectopique. — Août 1903. Dernières règles en

juin. Collapsus, pâle et sans pouls. A l'ouverture du péritoine, sang liquide. Rupture de la trompe gauche. Annexes droites normales.

Intervalle. — 1906, accouchement normal. 1908, avortement. Intervalle 9 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1912. De nouveau douleurs dans le ventre. Opération : avortement tubaire à droite. Ablation des annexes. Guérison.

Observations. — Une grossesse normale intercalée. Annexes du côté opposé vérifiées saines au cours de la deuxième laparotomie. Evolution différente des deux grossesses ectopiques.

Obs. 147. — Le Lorier, *Bull. Soc. obst.* (**76**), 1913.

Antécédents. — 52 ans.

Première grossesse ectopique. — 1911. Première grossesse extra-utérine avec inondation péritonéale. Kyste fœtal rompu à droite. Ablation des annexes.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — 1912. Règles pour la dernière fois en octobre. Le 14 novembre violentes douleurs dans le ventre avec pertes de caillots et de sang marc de café. Tumeur annexielle gauche. Opération : 10 décembre. Adhérences de l'intestin. Hystérectomie.

Observations. — Les deux grossesses n'ont pas évolué suivant le même type. Premier cas : rupture avec inondation. Deuxième cas : avortement tubaire sans rupture.

Obs. 148. — Chueco et Lombardo, *Semana medica Buenos-Ayres* (**24**), 1913.

Antécédents. — 42 ans. Réglée à 15 ans.

Première grossesse ectopique. — A l'âge de 26 ans. Perte sanguine par le vagin, sans caillots ni membranes. Crises douloureuses dans le flanc qui persistèrent pendant un certain nombre de jours. Mise au repos. Non opérée.

Deuxième grossesse ectopique. — 1912. Retard de règles. Pertes de sang. Le toucher permet de sentir une tumeur limitée et irrégu-

lière. Opération. Adhérences nombreuses. Hystérectomie subtotale.

Observations. — Pour l'auteur diagnostic incertain de première grossesse ectopique, mais vraisemblable. Avortement tubaire insoupçonné.

Obs. 149. — Von Miltner (155), 1913.

Première grossesse ectopique. — Malade opérée pour rupture de grossesse tubaire droite.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Laparotomie. Castration. Guérison.

Obs. 150. — Ford (38), 1913.

Première grossesse ectopique. — Ablation d'annexes droites pour rupture de grossesse tubaire.

Deuxième grossesse ectopique. — Récidive du côté opposé. Opération abdominale. Guérison.

Obs. 151. — Dougal (34), *J. of obst. and gyn.*, 1914.

Antécédents. — 28 ans. Réglée à 19 ans. Mariée en août 1912, aucun accouchement.

Première grossesse ectopique. — Mai 1913. Rupture tubaire avec inondation péritonéale. Opération ; trompe droite rompue, ablation. La trompe gauche est examinée et reconnue saine, laissée en place.

Intervalle. — 5 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Novembre 1913. Retard de règles. Pertes de sang en décembre. Opération le 5 décembre : on trouve une rupture de la trompe gauche. Ablation.

Observations. — La récidive s'est produite dans ce cas très rapidement, bien que la trompe fût reconnue normale au cours de la première laparotomie.

Obs. 152. — Butler Smythe (17), *J. of obst.*, 1914.

Antécédents. — 28 ans. Réglée à 16 ans. Réglée assez régulièrement.

Première grossesse ectopique. — 1905. Aménorrhée depuis avril. En juillet perte de sang par le vagin. Crampes dans l'abdomen et

douleurs à gauche. Abdomen tendu à gauche. Masse globuleuse dans le cul-de-sac vaginal gauche. Opération : salpingectomie gauche avec petit kyste de l'ovaire.

Intervalle. — 3 ans. Revue en décembre 1905 en excellent état.

Deuxième grossesse ectopique. — Mars 1908. Douleurs du côté droit du ventre. Examen par le vagin permet de sentir tumeur annexielle droite. Opération. Epiploon adhérent à l'utérus et à l'intestin. Grosse difficulté pour enlever la tumeur très adhérente.

Deuxième groupe.

Observations dans lesquelles la récidive s'est faite du côté opposé, mais dans lesquelles la première grossesse ectopique a été une découverte opératoire lors de l'intervention pour récidive.

Obs. 153. — Fornthon, cité par Wassmer (**151**), 1903.

Antécédents. — Un accouchement il y a 4 ans.

Première grossesse ectopique. — 1894. Aménorrhée de quelques semaines. Douleurs à gauche. Non opérée.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1896. Laparotomie pour rupture de la trompe droite. A gauche : adhérences et sac renfermant des vestiges embryonnaires.

Obs. 154. — Borzymonski, cité par Wassmer (**151**), 1903.

Première grossesse ectopique. — En 1900. Aménorrhée et douleurs à gauche. Non opérée.

Intervalle. — 7 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — En avril 1900. Opérée pour grossesse tubaire droite. A gauche : adhérences. Un fœtus calcifié.

Obs. 155. — Strawinsky, cité par Wassmer (**151**), 1903.

Antécédents. — Plusieurs accouchements antérieurs.

Première grossesse ectopique. — Signes de rupture avec inondation péritonéale. Non opérée.

Intervalle. — 18 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Morte à la suite de rupture tubaire non opérée. A l'autopsie, à droite : grossesse tubaire rompue. A gauche on retrouve les vestiges d'un sac fœtal.

Obs. 156. — Doran (**33**), 1905.

Antécédents. — 32 ans. Mariée depuis 6 ans.

Première grossesse ectopique. — Tous les symptômes d'un avortement tubaire à droite. Dernières périodes en novembre 1902. Syncope brusque en décembre. Examen : utérus dévié à gauche, en antéversion. A droite on sent une tumeur. Non opérée.

Intervalle. — Un an.

Deuxième grossesse ectopique. — La malade est opérée à gauche pour une grossesse tubaire rompue. La trompe droite était anormalement allongée, et l'orifice imperméable. On l'enlève également.

Obs. 157. — Kynoch (**65**), 1902.

Antécédents. — 30 ans. Règles irrégulières.

Première grossesse ectopique. — En 1900. Après un retard, présente des phénomènes douloureux de l'abdomen. On sent une tumeur accessible dans le cul-de-sac gauche. Traitée par l'expectative.

Intervalle. — Un an.

Deuxième grossesse ectopique. — Amenée de nouveau à l'hôpital en 1901, avec les mêmes symptômes à droite. On trouve à l'opération la trompe droite distendue et rompue. La gauche était adhérente.

Obs. 158. — Rabinovitch, in th. Sauvé (**130**), 1906.

Antécédents. — 25 ans.

Première grossesse ectopique. — Retard de six semaines. Hémorragies utérines. On pense à un avortement utérin.

Intervalle. — 6 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Histoire analogue. Douleur violente. Diagnostic de rupture tubaire. Opération : rupture de la trompe gauche. A droite, masse dans laquelle est enkysté un autre embryon la tête séparée du corps.

Obs. 159. — Chandler, cité par Sauvé (**130**), 1906.

Antécédents. — 26 ans. Gonococcie vaginale.

Première grossesse ectopique. — Crise de péritonite que l'on suppose en rapport avec une fausse couche.

Intervalle. — 6 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Violente douleur dans le pelvis avec syncope. Au toucher on sent deux tumeurs annexielles. Opération : à gauche grossesse tubaire récente, à droite partie fœtale et membranes anciennes.

Obs. 160. — Rémy (**120**), 1910.

Antécédents. — 6 enfants, 5 vivants.

Première grossesse ectopique. — 6e grossesse en 1906. La malade est prise de vomissements. Point douloureux très marqué à l'angle utérin. Perd abondamment en rouge, et une caduque en forme de sac. Non opérée.

Intervalle. — 2 nouvelles grossesses intercalées. 3 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1909. Dernières règles depuis deux mois. Puis brusquement état alarmant. Syncope. Signes d'hémorragie interne. Laparotomie. Perforation de la trompe au tiers externe. Trompe du côté opposé normale.

Observations. — Non opérée la première fois.

Obs. 161. — Raymond, cité par Cazalis (**18**), 1912.

Antécédents. — 31 ans. Réglée à 13 ans. Première grossesse à 16 ans. 3 autres grossesses.

Première grossesse ectopique. — Septembre 1909. Retard de six semaines suivi de pertes de sang en caillots et de douleurs. Reprise des règles.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Hémorragie utérine. Toucher : masse en fer à cheval entoure l'utérus. Opération. Adhérences nombreuses. A droite, ovaire formant kyste hématique, œuf dans le tiers externe de la trompe. A gauche, lithopœdion de 3 mois environ.

Obs. 162. — Byford, cité par Bouchet (**13**), 1912.

Antécédents. — 42 ans. 2 enfants.

Première grossesse ectopique. — Retard de 6 semaines. Hémorragies. Douleurs. Grossesse extra-utérine probable.

Intervalle. — 7 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Signes de grossesse ectopique. Laparotomie. Hématosalpinx à droite. Hydrosalpinx à gauche avec fœtus momifié.

Obs. 163. — Ferguson, cité par Bouchet (**36**), 1912.

Antécédents. — 29 ans. 2 accouchements.

Première grossesse ectopique. — Aménorrhée de 4 mois. Puis violente douleur dans le ventre à droite. Guérison sans opération.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Laparotomie pour grossesse tubaire gauche non rompue. A droite, lithopœdion.

Obs. 164. — Giglio, cité par Bouchet (**13**), 1912.

Antécédents. — 36 ans. 4 accouchements normaux, un avortement.

Première grossesse ectopique. — Passée inaperçue.

Deuxième grossesse ectopique. — Grossesse extra-utérine. Laparotomie : fœtus de 5 mois à droite. A gauche, masse dure adhérente contenant des os d'embryon.

Obs. 165. — Mackenrodt, cité par Bouchet (**13**), 1912.

Antécédents. — 32 ans. 2 accouchements normaux.

Première grossesse ectopique. — Grossesse extra-tubaire droite. Guérison sans intervention.

Intervalle. — 15 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Retard de règles. Douleur à gauche. Laparotomie. Trompe gauche gravide. A droite, kyste avec petits os fœtaux.

Obs. 166. — Van Ott, cité par Bouchet (**13**).

Antécédents. — 33 ans. Deux accouchements à terme.

Première grossesse ectopique. — Signes de grossesse extra-utérine droite améliorée par le traitement médical.

Intervalle. — 1 an 1/2.

Deuxième grossesse ectopique. — Douleurs, pertes de sang. Laparotomie. A droite, vieux sac ectopique. A gauche, sac tubaire récent.

Obs. 167. — Pozzi, cité par Bouchet (**13**).

Première grossesse ectopique. — Aucun détail.

Intervalle. — 7 à 8 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Laparotomie pour grossesse tubaire gauche. On trouve à droite un ossuaire provenant d'une grossesse extra-utérine enkystée.

Obs. 168. — Toivo, cité par Bouchet (**13**).

Antécédents. — 29 ans. Deux accouchements normaux.

Première grossesse ectopique. — Aménorrhée. Douleurs violentes à gauche. Guérison par traitement médical.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Laparotomie pour grossesse tubaire droite rompue ; dans la trompe gauche, on trouve un squelette fœtal.

Obs. 169. — Weil, cité par Bouchet (**13**).

Antécédents. — 33 ans. Un accouchement à terme.

Première grossesse ectopique. — Signes de grossesse extra-utérine.

Intervalle. — 11 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Laparotomie pour grossesse tubaire gauche rompue à droite. Tumeur avec fœtus momifié.

Obs. 170. — Oui, *Bull. Soc. obst.* (**68**), 1912.

Première grossesse ectopique. — Février 1911. Malade présentant tous les symptômes de grossesse extra-utérine avec hématocèle peu volumineuse. Pas d'intervention.

Intervalle. — 9 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Décembre 1911, mêmes symptômes réapparaissent. Intervention. Rupture de la trompe droite, Et à gauche gros hydrosalpinx avec adhérences, vestige probable de la grossesse tubaire antérieure.

Obs. 171. — Vanvertz, *Bull. Soc. obst.* (**68**), 1912.

Première grossesse ectopique. — Décembre 1911. Après des manœuvres abortives ressent une douleur en coup de poignard avec tendance syncopale. Non opérée.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — 1912. Opérée pour rupture de grossesse tubaire du côté opposé, nombreuses adhérences bilatérales.

Obs. 172. — Bué, *Bull. Soc. obst.* (**68**), 1912.

Première grossesse ectopique. — En 1906. Malade ayant présenté tous les symptômes de grossesse tubaire.

Intervalle. — 6 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1912. Signes d'hémorragie interne. Laparotomie, salpingectomie.

Observations. — Non opérée la première fois. On trouve sur la trompe du côté opposé les vestiges de la première grossesse tubaire.

Obs. 173. — Andérodias, de Boucaud, Roche, *J. de Méd. de Bordeaux* (**4**), 1913.

Antécédents. — 33 ans. Salpingite bilatérale. Deux accouchements.

Première grossesse ectopique. — Août 1910. Retard de un mois. Violentes douleurs à tendances syncopales. Ne fut pas opérée.

Intervalle. — 2 ans et 6 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — 22 avril 1913. Retard de règles. Arrive à l'hôpital dans un demi-coma. Salpingectomie bilatérale. Morte le soir. Examen des pièces : Trompe droite, présente un pavillon surnuméraire, et rétrécissement cicatriciel. La trompe gauche est rompue.

Observations. — Non opérée une première fois. Vestiges de la première grossesse ectopique.

Troisième groupe.

Observations de grossesses extra-utérines récidivées deux fois chez la même femme.

Obs. 174. — Filhoulaud (**37**), 1907.

Antécédents. — 5 ans auparavant, une couche normale. Opérée pour appendicite à froid en 1905. En septembre 1905, après un retard d'un mois, tumeur salpingienne traitée par le repos.

Première grossesse ectopique. — En 1906, après suspension de règles de un mois. Hématocèle cataclysmique. Opérée d'urgence. Grossesse isthmique. Rupture de la trompe droite.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Nouvelle suspension de règles de un mois ; de nouveau, hématocèle cataclysmique. Rupture de la trompe gauche gravide au niveau de l'isthme. Salpingectomie.

Obs. 175. — Delagenière, in th. Filhoulaud (**37**), 1907.

Antécédents. — 28 ans. Mariée en 1892. Un enfant en 1893. Métrite secondaire. En 1893, après un retard de règles, présenta des signes d'inondation péritonéale. Ne fut pas opérée.

Première grossesse ectopique. — En 1902. Retard de règles. Brusquement, douleurs dans le ventre. Etat syncopal. Rupture de la trompe droite. Ablation.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1904. Retard de règles de 3 mois. Malaises analogues aux autres accidents. Rupture tubaire gauche avec inondation péritonéale. Ablation des annexes gauches.

Obs. 176. — Hirch (**52**), 1912.

Antécédents. — 29 ans. Deux accouchements en 1900 et 1902. En 1906, a présenté des douleurs abdominales, avec pertes de sang par le vagin, concordant avec retard de règles. Ne fut pas opérée.

Première grossesse ectopique. — 1910. Signes de grossesse tubaire. Opération : ablation des trompe et ovaire droits.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — 1912. Récidive. Ablation de la trompe gauche.

Observations. — D'après l'auteur, semble avoir eu trois grossesses ectopiques.

Quatrième groupe.

Observations dans lesquelles la récidive s'est faite du même côté que la première grossesse ectopique (1).

Obs. 177. — Coé, cité par Bouchet (**13**), 1893.

Antécédents. — 41 ans. 2 enfants, un avortement.

Première grossesse ectopique. — 6 mois après la naissance du premier enfant, signes de fausse couche. Tumeur à droite non opérée.

Intervalle. — 12 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Laparotomie : derrière le ligament large droit on trouve : 1° un sac contenant des os fœtaux ; 2° un fœtus vivant de 3 à 4 mois.

Obs. 178. — Henricius et Kolster, cités par Bouchet (**13**), 1898.

Antécédents. — 33 ans. Multipare.

Première grossesse ectopique. — Tumeur dure mobile, disparition des règles pendant 6 mois.

Intervalle. — 6 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Tumeur annexielle. Morte de tuberculose pulmonaire. Autopsie : Un fœtus de 50 cm. à gauche. Au-dessous une masse brune formée de caillots et d'os.

(1) Les 4 premières observations de ce groupe présentent cette particularité qu'au cours de la laparotomie pour récidive on retrouva les vestiges du premier sac fœtal non opéré à côté de la grossesse tubaire récente.

Obs. 179. — Varnier et Mangin, cités par Bouchet (**13**), 1900.

Antécédents. — 42 ans. Multipare.

Première grossesse ectopique. — Signes de grossesse avec faux travail. Abstention. Guérison.

Intervalle. — 18 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Douleurs, signes de rupture. Mort plus tard. Autopsie : trompe gauche contenant un lithopœdion de 5 mois 1/2 et un autre sac avec fœtus de 2 mois.

Obs. 180. — Wagner (**156**), 1905.

Antécédents. — 30 ans. Accouchement antérieur. Salpingite et gonococcie.

Première grossesse ectopique. — Eut un accident qui rappelait la rupture d'une grossesse tubaire. Traitement médical.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — De nouveau, signes de grossesse ectopique. Opération. On trouve la trompe rompue et derrière elle un sac ancien contenant des débris placentaires.

Obs. 181. — Stahl, cité par Wagner (**156**), 1905.

Première grossesse ectopique. — Femme qui avait eu des signes de grossesse tubaire avec métrorragie et perte de caduque.

Deuxième grossesse ectopique. — Dut être opérée la même année d'une grossesse extra-utérine dans la même trompe.

Obs. 182. — Michin (**90**), 1905.

Antécédents. — 32 ans. Un accouchement normal il y a huit ans.

Première grossesse ectopique. — Opérée pour une grossesse extra-utérine gauche. L'opération consista à ouvrir le ventre, enlever les caillots. On laisse la trompe en place.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — En décembre 1904. Pertes de sang avec douleurs à gauche. Au toucher, tumeur annexielle gauche. Diagnostic : grossesse tubaire gauche, que confirme l'opération. On trouve une rupture de la trompe gauche.

Observations. — Récidive du même côté

Obs. 183. — Hofmeier (**56**), 1905.

Antécédents. — 28 ans.

Première grossesse ectopique. — 1903. Métrorragies. Signes de grossesse extra-utérine. Colpotomie antérieure. On enlève la portion ampullaire de la trompe gauche.

Intervalle. — Un an.

Deuxième grossesse ectopique. — Février 1904. Hémorragies et syncopes. A gauche, masse volumineuse. A droite, rien. Laparotomie. Grossesse extra-utérine développée sur la portion intestinale.

Observations. — Récidive du même côté.

Obs. 184. — Goodall (**44**), 1906.

Antécédents. — 33 ans.

Première grossesse ectopique. — 26 mars 1906. Douleurs dans le dos et dans l'hypogastre. Pertes utérines, après retard de règles. Tumeur annexielle au toucher. Ne fut pas opérée.

Intervalle. — 1 an.

Deuxième grossesse ectopique. — Crises aiguës de douleurs abdominales. Nouveaux signes de grossesse extra-utérine du même côté. Ne fut pas opérée.

Obs. 185. — Taylor (**145**), 1906.

Antécédents. — Femme de 33 ans. Un enfant de 4 ans.

Première grossesse ectopique. — Le 22 novembre 1899. Hématocèle. Guérison par le traitement médical.

Intervalle. — 2 ans et un mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Rupture de grossesse tubaire gauche en 1903. Sur la trompe gauche, il existe deux ouvertures : la rupture ancienne et la récente.

Obs. 186. — Pearson (**99**), 1909.

Antécédents. — 22 ans. Mariée depuis 10 mois.

Première grossesse ectopique. — En novembre 1905. Opérée d'une grossesse extra-utérine rompue. Fœtus de 3/4 de pouce de longueur. Résection de la partie malade après avoir lié la trompe

de chaque côté de la partie à enlever. Rapprochement des deux surfaces, sans cependant enlever les fils qui ferment de part et d'autre.

Intervalle. — Un accouchement à terme intercalé.

Deuxième grossesse ectopique. — Mars 1907. Mêmes symptômes qu'en 1905. De nouveau opérée. La trompe gauche est de nouveau déchirée. L'examen minutieux de la pièce ne permet pas de retrouver la moindre trace de l'opération antérieure.

Observations. — Une grossesse nouvelle à terme postérieure en 1908.

Obs. 187. — Benzel (**12**), *Beitrage für Geburtshulfe und Gyn.*, 1912.

Première grossesse ectopique. — Octobre 1904. Grossesse tubaire avec hématocèle. Laparotomie. Ablation des trompe et ovaire droits.

Intervalle. — 2 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Mai 1906. Signes de grossesse tubaire. Tuméfaction à droite. Laparotomie. A la corne droite de l'utérus adhère une masse sanguine du volume d'un petit œuf. Résection du bord droit de l'utérus. Ablation de la trompe gauche saine.

Observations. — Examen de la pièce : Sur le moignon de la trompe réséquée deux ans auparavant s'est développée une nouvelle grossesse ectopique.

Cinquième groupe.

Observations dans lesquelles la récidive a été une grossesse ovarienne.

Obs. 188. — Fritch, cité par Wassmer (**151**).

Antécédents. — 32 ans. Un accouchement normal antérieur. Deux avortements.

Première grossesse ectopique. — Grossesse tubaire gauche opérée.

Intervalle. — 4 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Signes de grossesse ectopique. Laparotomie. Découverte du sac fixé à l'ovaire. Ablation.

Obs. 189. — Boisleux cité par Wassmer (**151**).

Antécédents. — 18 ans. Nullipare mariée depuis 6 mois.

Première grossesse ectopique. — Laparotomie pour grossesse tubaire. Ablation d'ovaire et trompe. Annexes gauches, rien d'anormal.

Intervalle. — 2 mois.

Deuxième grossesse ectopique. — Crises douloureuses identiques à la première fois. Laparotomie. Hématome de l'ovaire avec villosités choriales très nettes.

Obs. 190. — Kutzer, cité par Wassmer (**151**).

Antécédents. — 40 ans. Deux accouchements antérieurs. Le dernier 7 ans auparavant.

Première grossesse ectopique. — Signes de grossesse tubaire. Opération abdominale.

Intervalle. — 9 ans.

Deuxième grossesse ectopique. — Signes de grossesse extra-utérine. On trouve à l'opération un œuf fixé sur l'ovaire.

CONCLUSIONS

1° La récidive de la grossesse extra-utérine présente un double intérêt pathogénique et thérapeutique. Nous en avons analysé 187 observations auxquelles s'ajoutent 3 observations inédites ;

2° L'étude de ces observations montre que la récidive se fait généralement du côté opposé et évolue suivant le même type anatomique et clinique que la première fois ;

3° On trouve tous les intermédiaires entre les grossesses récidivées proprement dites et les grossesses extra-utérines simultanées, ce qui paraît indiquer que ces deux anomalies se rapportent à la même cause ;

4° Il semble exister des observations incontestables de double récidive chez la même femme ;

5° Dans certains cas elle peut se faire du même côté quand l'opération a été incomplète ;

6° On a publié quelques cas de grossesses ovariennes récidivées. Enfin signalons la possibilité de grossesses utérines intercalées entre les deux extra-utérines ;

7° La pathogénie de ces accidents est encore incomplètement élucidée, mais contrairement à l'opinion émise par certains auteurs, la première grossesse ectopique ne saurait être considérée comme la cause favorisante de la récidive. Il semble plutôt que l'on doive rattacher les deux anomalies successives au même facteur étiologique ;

8° L'âge généralement avancé des femmes, la fréquence des grossesses utérines antérieures, les antécédents pathologiques nombreux indiquent que cette prédisposition est d'origine acquise et l'on doit surtout incriminer soit l'infection puerpérale, soit la gonococcie frappant la trompe ou peut-être plutôt l'ovaire en amenant la sécrétion d'ovules anormaux ayant une prédisposition à se fixer prématurément :

9° En tout cas, il semble bien qu'il ne faille pas chercher la cause des grossesses extra-utérines dans une lésion grossière, macroscopique, mais plutôt dans une altération fonctionnelle, ainsi que le prouvent la possibilité du retour aux fonctions normales et l'intégrité des annexes à la première intervention ;

10° La fréquence de la récidive paraît être de 5 o/o. Elle doit être plus fréquente en raison du nombre de grossesses ectopiques passant inaperçues.

Elle est par rapport aux grossesses normales survenant à la suite d'une grossesse extra-utérine comme 1 à 3 ;

11° Mais sa fréquence serait-elle plus grande et le nombre de grossesses utérines postérieures plus petit, on ne saurait souscrire à la proposition, défendue ces dernières années en Allemagne, de supprimer les annexes du côté opposé lors de la première intervention.

En l'absence de lésions visibles permettant de mesurer l'aptitude à la récidive, la possibilité d'une grossesse normale suffit pour déterminer un traitement conservateur et de plus la crainte de la récidive ne doit pas obséder l'opérateur ; à condition d'être opéré à temps, son pronostic n'est pas plus sombre qu'une première atteinte ;

12° La conduite à tenir paraît être la suivante :

Opérer précocement toute grossesse tubaire diagnostiquée.

Examiner les annexes du côté opposé avec soin. Si elles sont manifestement malades, les enlever comme une salpingite ordinaire.

Si elles sont saines, les laisser en place ; si elles sont douteuses, les laisser également ; se borner à libérer les adhérences.

Suivre ensuite la malade et la prévenir de l'éventualité d'un nouvel accident.

En cas de récidive, opérer de même le plus tôt possible et faire l'hystérectomie. En cas d'urgence, on pourra se borner à faire une salpingectomie, afin de réduire au minimum le shok opératoire.

Vu :

Le Président de la Thèse,
Pierre DELBET.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Albertin et Desgouttes.** — De la grossesse tubaire (à propos de 77 observations personnelles). *Lyon chirurg.*, 1908-1909, I, 453, 617.

   — De la grossesse tubaire. Formes anatomiques et cliniques. Traitement à propos de 77 observations personnelles. *Lyon chirurg.*, mars-avril 1909.

2. **Allen** (**B.**). — A second ectopic pregnancy in same patient within period of fourteen month. *Boston med. and surg. J.*, 1906, CLIV.

3. **Ammann** (**A.**). — *Ueber wiederholte Tubarschwangerschaft bei derselben Frau.* Thèse de Bâle, 1906.

4. **Andérodias. de Boucaud et Roche.** — Récidive de grossesse tubaire, hémorragie cataclysmique. *Journ. méd. Bordeaux*, 1913, XLIII, 610.

5. **Baculescu** (**M.**). — Etude statistique sur la grossesse extra-utérine. *Revue de chirurgie*, Paris, 1912, XLV, 946-1000.

6. **Bœttger.** — *Ueber einen Fall von wiederholter Entrauterinschwangerschaft bei derselben Frau.* Thèse de Leipzig, 1903, mb.

7. **Baldy** (**J.-M.**). — Extra-uterine pregnancy twice in the same patient within one year. *Amer. Journ. of Obst.*, New-York, 1903, XLVII, 242-246.

8. **Bar, Brindeau et Chambrelent.** — *Pratique de l'art des accouchements*, t. II, p. 399.

9. **Barkley** (**A.-H.**). — Report of a case of second tubal pregnancy in the same person. *Kentucky med. Journ.*, 1908-1909, VII, 752.

10. **Bazalgette.** — *Des grossesses tubaires méconnues.* Thèse de Lyon, 1904-1905.

11. **Begouin.** — Soc. d'obst., de gynéc. et de péd. de Bordeaux, 26 novembre 1912. *Journ. méd. Bordeaux*, 2 février 1913.

12. **Benzel.** — Ueber einen Fall von Ei-implantation auf dem Stumpfe einer wegen Tubargravidität früher exzidierten Tube. *Beitr. z. Geburtsh. und Gynækol.*, Leipzig, 1911-1912, XVII, 162.

13. **Bouchet.** — *De la grossesse extra-utérine récidivée.* Thèse de Lyon, 1912-1913.

14. **Bouilly et Lecène.** — Un cas de récidive de grossesse extra-utérine. *Semaine gynécologique*, 1901, VI, 217.
15. **Bristow (Ad.).** — Two cases of extra-uterine pregnancy occurring in the same individual at five month interval. *Journ. méd. Soc. New-Jersey*, 1906-1907, III, 223.
16. **Brouha.** — Un cas de grossesse tubaire récidivante. *Annales Soc. méd. chir. de Liège*, 1905, XLIV, 75.
17. **Butler Smythe.** — Successive tubal gestation as sociated with blood cyst of the ovary. Laparotomy on each occasion. Recovery. *Journ. of obstetr. and gynecol. of Brit. Empire*, XXI, n° 21, février 1914.
18. **Cazalis.** — Dix cas de grossesse extra-utérine opérés. Service du Dr Reymond. *Gaz. méd. de Paris*, 1912, p. 181.
19. **Chapot-Prévost.** — Récidive de grossesse ectopique. *Ann. de gynéc. et d'obst.*, 1901, LV, 132-137.
20. **Chavannaz (G.).** — Statistique de grossesses extra-utérines. *Gaz. hebd. Soc. méd. de Bordeaux*, 1908, XXIX, 55, 57.
21. **Chiavellati (E.).** — Considerationi sopra un caso di gravidanza tubarica ripetuta. *Gaz. deg. osped.*, Milan, 1911, XXXVI, 971.
22. **Chipmann.** — Un cas de récidive de grossesse ectopique. *Amer. Journ. of obst.*, septembre 1911.
23. **Chueco (A.).** — *Semana medica*, Buenos-Ayres, 1908, p. 247.
24. — Recidive de tres abortos tubanos completos. *Semana medica*, Buenos-Ayres, 1913, 2e partie, 306, 314.
25. **Cobb (F.).** — The management of the grave emergency cases of extra-uterine pregnancy, with a study of 137 cases of tubal and interstitial pregnancy at the Massachussetts general hospital from 1902 to 1910. *Annals of surgery*, Philadelphie, 1912, LVI, 835-846.
26. **Cohu.** — Récidive de grossesse tubaire. *Société de gynécologie de Breslau*, février 1903.
27. **Cones (W.-P.).** — A revicid of 124 cases of extra-uterine pregnancy at the Massachussets general hospital. *Boston med. and surg. J.*, 1911, CLXIV, 677.
28. **Couvelaire (A.).** — *Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires.* Thèse de Paris, Paris, G. Steinheil, 1901, in-8°.
29. **Dartigues.** — *Revue de Gynécologie*, 1908.
30. **Dawson (E.-R.).** — Case of repeated tubal pregnancy... repeated abdominal section. Recovery. *Journ. of obst. and gyn. of Brit. Empire*, 1903, III, 301.
31. **Delezenne (R.).** — Récidive de grossesse tubaire ; hématosalpinx. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1906, II, 477-480.
32. **Denave.** — *Contribution à l'étude de la salpingostomie.* Thèse Lyon, 1912.

33. **Doran** (**A.**). — A case of repeated tubal pregnancy. *Journ. of obst. gyn. of brit. Empire,* London, 1905, VII, 399-403.
34. **Dougal.** — *Journ. of Obst. and Gynecology,* 1914.
35. **Faure et Siredey.** — *Traité de Gynécologie,* p. 947.
36. **Ferguson** (**J.-H.**). — Repeated ectopic pregnancy in the same patient. *Trans. Edinburgh obst. Soc.,* London, 1898-1899, XXIV, 37.
37. **Filhoulaud.** — Thèse de Paris, 1907.
38. **Ford**[3](**M.-J.**). — Recurrent tubal gestation, worth report of a case and description of specimens. *West. med. Review,* Omaha, 1913. XVIII, 123, 134.
39. **Frank** (**A.**). — Beitrag zur wiederholten extrautergravidität bei derselben Frau. *Berliner klin. Wochenschr.,* 1911, XLVIII, 429.
40. **Freund** (**H.**). — Ueber Aetiologie, Diagnose und Therapie der Extrauterin Schwangerschaft. *Strassbürger mediz. Zeitung,* 1910, VII, 307-316.
41. **Funck-Brentano.** — *Des grossesses utérines survenant après la grossesse extra-utérine.* Thèse Paris 1898.
42. **Gates** (**L.-M.**). — Grossesse récidivante de la même trompe. *Amer. Journ. of obstetr.,* 1901, XLIV, 847.
43. **Gerschun** (**M.**). — Zwei Fälle von wiederholter Extrauterin Gravidität. *Zentr. Bl. f. Gynäkol.,* Leipzig, 1910, XXXIV, 1642.
44. **Goodaal** (**A.**). — Notes of a case of repeated extrauterin gestation on the same side. *Brit. med. Journ.,* London, 1906, I, 1272.
45. **Hannes.** — Récidive de grossesse ectopique. *Monats. f. Geb. und Gyn.,* t. XVI, p. 360.
46. **Haret** (**E.-M.**). — *Etude critique sur* 35 *nouveaux cas de grossesse ectopique récidivante.* Thèse de Paris, 1901, in-8°, et *Ann. de gynéc. et d'obst.,* 1901, LVI, 111, 139.
47. **Harris** (**P.-A.**). — Recurrent ectopic gestation. *Amer. Journ. of obstetr.,* New-York, 1904, I, 117.
48. — Recurrent left tubal pregnancy... *Amer. Gynec.,* New-York, 1903, II, 359.
49. **Hartmann.** — Récidive de grossesse ectopique. *Comptes-rendus Soc. d'obst., de gyn. et péd. de Paris,* 5 octobre 1900, II, p. 268.
50. **Heikel** (**O.**). — Neue Beobachtungen wiederholten Tubenschwangerschaft. *Mitt. a d. gynækol. Klinik. Engström,* Helsinforgs, 190 V, 77.
51. **Heinsius.** — Wiederholte Tubergravidität. *Jahresb. d. schles. Gesellschaft f. vaterl. Kult.,* 1901, Breslau, 1902, LXXIX, und sect. 83, 87.
52. **Hirsch** (**M.**). — Ueber wiederholte Tubenschwangerschaft, *Frauenarzt,* Leipzig, 1912, XXVII, 338.

53. — Wiederholte Tubargravidität. *Monatschrift f. Geburtshülfe*, Berlin, 1913, XXXVII, 503-509.
54. **Hénault** (L.). — A propos de 14 cas de grossesse tubaire ; étiologie, diagnostic et traitement. *Journ. chir. et Ann. Soc. belge de chirurgie*, Bruxelles, 1912, XII, 39, 205, 298, 407.
55. **Henrotay** (J.). — Récidive de grossesse ectopique. *Bull. Soc. belge de gynécologie*, Bruxelles, 1906-1907, XVII, 51.
56. **Hofmeier**. — Wiederholte Tubenschwangerschaft in derselben Tube. *Münchener med. Wochenschr.*, 1904, II, 1319.
57. **Jayle et Naudrot**. — Grossesse tubaire bilatérale. *Revue de Gynécologie et de Chir. abd.*, 1904, p. 195.
58. **Kakouchkine**. — *Journ. akouchartwa*, janvier 1912 et analyse *Journ. de chirurgie*, 1912.
59. **Kerr** (A.-N.). — Ectopic pregnancy, repeated tubal gestation. *Danver med. Times*, 1904-1905, XXIV, 225-234.
60. **Kirchgessner** (P.). — *Ueber mahrfache Tubergravidität*. Thèse de Wurzburg, 1908.
61. **Kleemann**. — *Monats. f. G. und Gyn.*, 1913, p. 250, t. 37.
62. **Kuppenheim**. — Wiederholte ektopische Schwangerschaft. *Arch. f. Gynækol.*, Berlin, 1907, LXXXI, 211-220.
63. **Kutz** (A.). — Wiederholte Tubargravidität. *Deutsch. mediz. Wochenschr.*, Leipzig, 1910, XXXVI, 1349.
64. **Kynoch** (I.-A.-C.). — Repeated ectopic pregnancy in the same patient. *Scot. med. et surg. Journ.*, Edinburgh, 1902, X, 120-123.
65. — On Repeated ectopic pregnancy, two cases. *Journ. obst. et gyn. brit. Empire*, London, 1906, X, 576-582.
66. **Labadie-Lagrave et Legueu**. — *Traité de Gynécologie*, p. 1165.
67. **Ladinski** (L.-J.). — Treatment of tubal pregnancy with reference to immediate operation for rupture, based on a study of 200 opérations. *Journ. Amer. med. Assoc.*, Chicago, 1912, LIX, 854.
68. **Lambert, Oui et Prouvost**. — Récidive de grossesse tubaire. *Bull. Soc. d'obst. et gynécol. de Paris*, 1912, I, 892-898.
69. **Lamay et Séguinot**. — *Revue de chirurgie*, 1911, p. 401.
70. **Law**. — *Journ. Amer. Assoc.*, 1904.
71. **Lawrence** (F.). — Ectopic pregnancy twice in the same patient within fourtunmontho. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 1904, XLII, 524.
72. **Le Dentu et Delbet**. — *Traité de chirurgie*.
73. **Legueu** (F.). — La grossesse tubaire et son traitement chirurgical. *Rev. gén. de chir. et thérap.*, 1910, XXIV, 823.
74. **Lejars** (F.). — Les grossesses tubaires récidivantes. *Assoc. franç. de chirurgie*. Procès-verbaux, 1904, XVII, 727.

75. — Les reliquats de l'avortement tubaire et leur diagnostic. *Semaine médicale*, juillet 1910.
76. **Le Lorier**. — Grossesse extra-utérine récidivante. *Bull. de la Société d'obst. et gyn. de Paris*, 1913, II, 319.
77. **Lesse** — *Zentral. Blatt. für Gynœcologie*, 1905, n° 18.
78. **Lewers** (**A.-H.-N.**). — A case of repeated ectopic gestation in the same patient laparotomy on each occasion. *Transact. obst. soc.*, London, 1900, XLII, 324.
79. — Repeated ectopic gestation in the same patient. *Trans. obst. soc.*, London, 1903-1904, XLV, 418 421.
80. **Lewinskaja** (**E.**). — *Ueber Extrauteringravidität*. Thèse de Berne, 1911.
81. **Lihotzkr**. — *Zentr. Bl. f. Gynæk.*, 1909, n° 34.
82. **Liell** (**E.-N.**). — Repeated tubal pregnancy. *Georgia Practit*, 1905, I, 324 et *Amer. Journ. of obst.*, New-York, 1905, LI, 762.
83. **Lingers** — 27 Fälle von oper. Extrauter. Schwangerschaft Ref. *Zentr. Blatt. f. Gynæk*, 1910, n° 6.
84. **Lwolff** (**J.-M.**). — Grossesse extra-utérine récidivante. *Vratch. Gaz.*, Saint-Pétersbourg, 1903, X, 467.
85. **Macdonald et Krieger**. — *The Journal of the amer. med. assoc.*, 7 juin 1913, 1766. *Am. Journ. of chir.*, 1913, 395.
86. **Maldener-Kempten**. — *Munchener Gynec. Ges.*, 29 janvier 1911.
87. **Martin** (**P.-J.**). — *De la récidive de la grossesse extra-utérine*. Thèse de Paris, 1901.
88. **Mee Donnell** (**A.-J.**). — Two ruptured tubal pregnancies in the same patient. *Australasian med. gaz.* (Sydney), 1907, XXVI, 287.
89. **Me Murty** (**L.**). — Tubal pregnancy twice with, in a year in same patient ; report of case. *Louisville Monthly Journ. med. et surg.*, 1911-1912, XVIII, 76.
90. **Michin** (**P.**). — Wiederholte extrauterin Schwangerschaft in ein und derselben Tube ; Zwillinge. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, XXII, 455-457.
91. **Moran**. — Case of recurrent ectopic pregnancy. *Amer. Journ. of obst.*, New-York, 1907, LVI, 391.
92. **Moreau**. — Récidive de grossesse extra-utérine rompue. *Journal de chirurgie* et *Annales de la Société belge de chirurgie*, novembre 1912.
93. **Murphy** (**J.-P.**). — Recurrent ectopic pregnancy. *Brooklyn med. Journ.*, 1903, XVII, 84.
94 **Muksam** (**R.**). — Die Diagnose und Therapie der Extrauteringravidität, zugleich mitteilungen überline lückenlose von über 100 operations Heilungen. *Therapie der Gegenwart*, 1913, LIV, 199.

95. **Nash** (W.-G.). — Repeated gestation removal of unruptured tube. *Trans. obst. soc.*, London, 1905-1906, XLVII, 408-411.

96. **Okinczyc** (J.). — Deuxième grossesse extra-utérine chez la même femme. *Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1902, LXXXVII, 803.

97. **Oliver** (J.-I.). — Ectopic pregnancy twice in the same patient in sin montho necessitating two separate laparotomie. *Brit. med. Journ.*, 1911, II, 1653.

98. **Orthmann**. — Zwei Fälle von wiederholter Tubarschwangerschaft. *Zeits. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, 1903, XLIX, 548.

99. **Pearson**. — *Journal of obstetric and gynecol. of the british Empire*, août 1909, 114-115.

100. **Penkert**. — *Münchener medic. Woch.*, 1912, p. 2475.

101. **Pestalozza**. — Sullo gravidanza tubarica recidivante. *Annali di ostetricia*, 1901, XXII, 1-36.

102. — Gravidanza tubarico recidivante. *Annali di ostet. e ginecol.*, 1901, n° 1, 1901, n° 27, *Gazz. deg. ospedali.*

103. **Philipowicz** (W.). — Ueber einen Fall von wiederholter Extrauteringravidität. *Wiener klin. Woch.*, 1902, XV, 339.

104. **Phillips** (J.). — A case of repeated extra-uterine pregnancy. *Journ. of obst. and gynecol. Brit. Empire*, London, 1907, XI, 39-42.

105. **Pichevin**. — Faut-il enlever les annexes des deux côtés dans les cas de grossesse extra-utérine unilatérale. *Semaine gynécolog.*, 1906.

106. **Pilatte** (R.) et **Vignes** (H.-J.). — Formes anatomiques et cliniques de la grossesse tubaire. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 11 et 18 avril 1914.

107. **Pozzi**. — 1° *Traité de gynécologie* ; 2° *Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Paris*, mai 1906.

108. **Proust et Bender** (X.). — Grossesse tubaire récidivée. *Bull. et mém. Soc. anatom. de Paris*, 1910, LXXXV, 118.

109. **Proust** (R.). — De l'intervention opératoire dans les grossesses tubaires. *Gazette des hôpitaux*, 15 janvier 1914, n° 6.

110. **Prunet**. — *Contribution à l'étude des grossesses ectopiques et de ses récidives.* Thèse de Montpellier, 1908-1909.

111. **Psaltoff**. — Observations de grossesses extra-utérines bilatérales. *Congrès international de médecine*, Madrid, 1913.

112. **Puppel** (E). — Wiederholte Tubergravidität. *Monatschrift f. Geburtsh. und Gynäk.*, 1909, XXIX, 352-356.

113. — *Monatschrift f. Geburts. und Gynäk.*, 1910, T. 32, p. 731.

114. — Wiederholte Tubergravidität. *Monatschrift f. Geburtshülfe*, Berlin, 1913, XXXVII, 198-202.

115. **Purslow** (C.-E.). — Repeated tubal pregnancy ; abdominal section

on each occasion. *Trans. obst. soc.*, London, 1905-1906, XLVII, 181-185.

116. **Queirel.** — De la grossesse extra-utérine. *Revue prat. d'obst. et de pédiatrie*, juin 1908, p. 177-204.

117. **Rabinovitz (M.).** — Successive tubal pregnancies ; report of two cases with a clinical analysis of the cases recorded in the literature. *Amer. J. of obstetr.*, New-York, 1911, LXIV, 228-250.

118. **Reifferscheid (K.).** — Zwei Fälle von wiederholter Tubergravidität. *Zentr. Bl. f. Gynäkol.*, 1903, XXVII, 661-664.

119. **Rémy (S.).** — Deux cas de grossesse tubaire observés chez la même femme. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1897, XXIX, 144.

120. — Grossesses tubaires répétées chez la même femme. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1910, XLII, 321-325.

121. **Ribemont-Dessaignes et Lepage.** — *Précis d'Obstétrique.*

122. **Rochet.** — Hématosalpinx opéré en 1893 ; rupture d'une grossesse tubaire en 1896 ; mort d'hémorragie interne. *Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, 1896, LVIII, 199.

123. **De Rouville.** — Un cas de grossesse extra-utérine récidivée. *Montpellier méd.*, 1909, XXVIII, 193.

124. — Grossesse extra-utérine récidivée rompue.... laparotomie, guérison. *Semaine gynécologique*, Paris, 1913, XVIII, 165-167.

125. **Rosenstein.** — *Monatschrift für Geb. und Gynäkolog.*, 1910, n° 32.

126. **Rolter.** — Funf saltenere Fälle von extra-uterin schwangerschaft. *Zentr. Blatt. für Gyn.*, 1910, n° 30, Budapest.

127. **Royster (H.-A.).** — Ectopic gestation twice, in the same patient. *Virginia med. semi. Monthly*, Richmond, 1905, X, 17.

128. **Rowse (C.-A.-P.).** — A case of ectopic gestation occuring twice in the same patient. *Lancet*, London, 1906, II, 1435.

129. **Sandberg-Debele (D.).** — Grossesse extra-utérine récidivante. *Vratch*, St-Pétersbourg, 1901, XXII, 265.

130. **Sauvé.** — Thèse de Paris, 1906.

131. **Sens (C.-V.-M.).** — *Etude critique de 89 observations de récidive de grossesse ectopique.* Thèse de Paris, 1901.

132. **Siefart (G.).** — Wiederholte extra-uterin Gravidität. *Zentr. Bl. f. Gynäkol.*, 1910, XXXIV, 1113.

133. **Smith (R.).** — Repeated ectopic pregnancy. *Amer. Journ. of obst. et dis. of women*, septembre 1911.

134. — Repeated ectopic pregnancy a report of four cases. *Surgery Gyn. et Obst.*, Chicago, 1911, XIII, 105.

135. — Repeated ectopic pregnancy with a report of 4 cases and a statistical review of the literature. *Trans. Amer. Gyn. Soc.* (Philad.), 1911, XXXVI, 425-452.

136. — Résultats éloignés de 192 opérations pour grossesse extra-utérine avec considérations sur les grossesses récidivantes. *Surgery gynecology and obstetrics*, Chicago, n° 6, juin 1914.

137. **Soutchinsky** (**M.**). — *Deux cas de récidive de grossesse tubaire.* Thèse de Genève, 1905.

138. **Stoeckel.** — *Münchener med. Woch.*, 1909, p. 210.

139. **Stahl** (**F.-A.**). — Repeated pregnancy in the same tube. *Amer. J. of obst.*, New-York, 1901, XLIV, 475-487.

140. **Stark** (**S.**). — Two ectopic gestation occuring in one patient. *Lancet clinic*, Cincinnati, 1907, n. sn., LVIII, 123.

141. **Stevens** (**T.-G.**). — Repeated extra uterin gestation in one and the same tube. *Monatsschr. f. Geburtshülfe und Gynäkol.*, XXII, n° 6, 1905-1906.

142. **Stolze** (**E.**). — *Ein Fall von fast ausgetragener Tuberschwangerschaft nebst... operations statistik der vorgerüekten Tubenschwangerschaften.* Thèse de Kiel, 1901.

143. **Stone** (**W.-J.**). — Repeated tubal gestation. *Amer. J. of obst.*, New-York, 1906, LIV, 862.

144. **Sturmer.** — *Trans. obst. Society London*, 1904, p. 144.

145. **Taylor** (**F.-E.**). — Repeated pregnancy in the same tube. *Journal of obst. and gynecol.*, Londres, 1906, et *Berliner klin. Woch.*, 1905, n° 27.

146. **Thompson.** — *Amer. Journ. of obst.*, septembre 1911.

147. **Tumanoff** (**J.-N.**). — Grossesse extra-utérine répétée. *Protok Zasaid Kaukazsk med. Obosb.*, Tiflis, 1899-1900, XXXVI, 508.

148. **Ullmann** (**E.**). — Ein Fall von wiederholter Tubargravidität. *Wiener mediz. Wochenschr.*, 1904, LIV, 5.

149. **Varnier** (**H.**). — Sur une observation de M. Chapot-Prévost : Récidive de grossesse ectopique. Rapport. *C. R. Soc. d'obst., gyn. et péd.*, Paris, 1900, II, 296-300.

150. **Varnier** (**H.**) **et Sens** (**C.**). — Sur la récidive de la grossesse ectopique... 96 observations. *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1901, LV, 169-222.

151. **Vassmer** (**W.**). — Ueber wiederholte Tubenschwangerschaft. *Monatschr. f. Geb. und Gynäkol.*, 1903, XVII, 881-945.

152. **Vineberg**. — Simultaneous uterine pregnancy. *Report of two cases New-York med. Journ.*, 1906, 396-399.

153. — Ectopic pregnancy in the stump of an excited tube causing attaches of intestinal hemorrage. *Ann. J.*, New-York, 1908, 527-533.

154. **Von Lingen** (**L.**). — Zur Kasuistik der wiederholten Extrauterin gravidität. *Zentr. Bl. f. Gynäkol.*, Leipzig, 1913, XXXVII, 901.

155. **Von Miltner** (**Th.**). — *Wiederholte Tubenschwangerschaft.* Thèse de Munich, 1913, in-8.

156. **Wagner** (**W.-E.**). — *Ueber wiederholte Schwangerschaft desselben Eileiten.* Thèse de Würzburg, 1905.

157. **Weidner** (**K.**). — *Zur Kasuistik der Extra-uterin gravidität.* Thèse de Munich, 1910.

158. **Weinlachner**. — *Société gynécologique de Vienne*, 1905.

159. **Wells** (**B.-H.**). — Repeated ectopic gestation. *Trans. amer. gynec. soc. Philad.* et *Med. Record*, 1902, XXVII, 380, LXII, 801.

160. **Welter Alexis**. — *Fünf Falle von rezidivierender Tubargravidität aus der Heidelberger Frauen Klinik.* Thèse de Heidelberg, 1911, in-8°.

161. **Wertheim**. — *Zentr. Blatt f. Gyn.*, 1903, n° 28.

162. **Wesenberg** (**W.**). — Wiederholte Tubergravidität nach Tubenplastik. *Zentr. Blatt. f. Gyn.*, Leipzig, 1911, XXXV, 1716.

163. **Wiener**. — *Zent. Blatt f. Gyn.*, 1909, n° 25.

164. **Wilette**. — Thèse de Paris, 1910.

165. **Woff** (**J.-A.**). — Grossesses extra-utérines répétées. *Ruskii Wratch.* St-Pétersbourg, 1904, III, 1650.

166. **Wychowski** (**F.**). — Grossesse extra-utérine tubaire récidivante. *Czasopismo lek. kodz*, 1902, IV, 370.

167. **Young** (**H.-C.-T.**). — Tubal pregnancy ; notes based on 108 consecutives cases. *Austral. med. Gaz.*, Sydney, 1910, XXIX, 357-367.

168. **Zeitline**. — Réunions scientifiques des médecins de l'hôpital Iborechoff, St-Pétersbourg, juin 1912. Analyse *Journ. de chirurgie*, 1912.

169. **Zuntz**. — Drei Fälle von wiederholter Tubergravidität. *Deuts. mediz. Wochenschr.*, 1903, XXIX, 338.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).